

UNIVERSITÉ PARIS-VII

FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

71

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Ismail BEN AMOR

Né le 31 Mars 1937 à Tunis (Tunisie)

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

**PRONOSTIC FŒTAL
DANS LE PLACENTA PRAEVIA**

Président : Monsieur Paul MORIN (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI*

1971



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549001_0072

UNIVERSITÉ PARIS-VII

FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Ismâïl BEN AMOR

Né le 31 Mars 1937 à Tunis (Tunisie)

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

PRONOSTIC FOËTAL
DANS LE PLACENTA PRAEVIA

Président : Monsieur Paul MORIN (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI'

1971



A ma femme

A ma fille

A mon père

A ma mère

A mes frères et soeurs

Aux miens

A Monsieur le Professeur Paul MORIN

Professeur à la Faculté de Médecine

Vous avez bien voulu diriger
ma thèse et la présider

Toute ma gratitude pour tout ce
que vous m'avez appris en
gynécologie-obstétrique

A Madame GRALLI

Chef de clinique-Assistant

Vous avez voulu me conseiller
et me guider dans cette
thèse

Recevez ma gratitude

A tous mes Maîtres de l'Externat

Au Docteur LEIBOVICI

Au Professeur Agrégé HOUDARD

Au Professeur KOURILSKY

Au Professeur LEMAIRE

Au Docteur BRET

Au Professeur HUGUIER

Qu'ils reçoivent tous ma
reconnaissance pour l'esprit
de rigueur et d'analyse acquis
au cours de mes stages de
médecine

Après l'EXTERNAT :

Au Docteur LOGEAY

Au Docteur PLANE

Toute ma gratitude

PRONOSTIC FOETAL DANS LE PLACENTA PRAEVIA

- :-

INTRODUCTION

-:-

Parmi les syndromes susceptibles de compromettre l'aboutissement favorable de la gestation, le placenta praevia occupe une place assez importante. En effet la mortalité maternelle reste encore élevée 1,5 p.cent dans une statistique extrêmement vaste de DAVIS et surtout le pronostic foetal reste l'un des plus sombres de la pathologie gravidique.

La plupart des statistiques donnent des chiffres de mortalité de 15 à 35 p.cent. La meilleure statistique rencontrée dans la littérature donne encore un chiffre avoisinant la mortalité de 7,7 p.cent.

L'étude des 95 cas de placenta praevia va essayer de délimiter les facteurs de mortalité foetale dans cette affection afin de dégager quelques indications thérapeutiques et d'améliorer ainsi le pronostic foetal.

-:-

HISTORIQUE

-:-

La gravité du pronostic du placenta est à l'origine de plusieurs attitudes au cours de l'évolution historique de cette anomalie. Cinq périodes permettent d'étayer les modifications et les diverses conceptions du problème. Chacune correspond grossièrement à un siècle.

1) A l'origine, c'est-à-dire dès le 16^e siècle, Ambroise PARE est le créateur de la version par manoeuvres internes, en raison du pronostic déplorable des formes hémorragiques du placenta praevia.

2) Cette thérapeutique par évacuation rapide de l'utérus est reprise au 17^e siècle. MAURICEAU, comme Ambroise PARE, fait siennes les indications de version par manoeuvres internes suivie d'extraction dans le placenta praevia.

3) Le 18^e siècle réagit contre cette méthode rapide de traitement. LEVRET, en particulier, se fait l'apôtre de la compression hémostatique du placenta. PUZOS enseigne la rupture des membranes, à la suite de quoi il laisse l'accouchement se terminer spontanément, sans nouvelle intervention.

4) Le 19^e siècle apporte la modification technique du principe déjà appliqué au siècle précédent de la compression hémostatique (tam-

ponnement vaginal : LEROUX, DIJON - ballon intra-utérin et intra-vaginal : BARNES 1859 - ballon intra-utérin : CHAMPETIER de RIBES - version par manoeuvres mixtes non suivie d'extraction : méthode de BRAXTON HICKS, 1864). Surtout cette étape est caractérisée par l'emploi de la rupture large des membranes à laquelle PINARD attache son nom de manière définitive.

Pour d'autres, au contraire, il semble plus indiqué de revenir à des techniques d'accouchement plus rapide (BONNAIRE).

5) Le 20e siècle enfin, est précédé par un fait fondamental : l'introduction de la césarienne dans le traitement du placenta praevia. D'abord employée en Amérique (HUDSON FORDS, 1890) c'est TARNIER qui en France, en 1897, met en valeur l'importance de cette nouvelle thérapeutique.

Après de nombreuses variations dans les modalités de sa technique, DESOUBRY dans sa thèse en 1925 semble donner à la césarienne droit de cité dans le traitement du placenta praevia. Cette évolution des idées thérapeutiques s'est constamment étendue depuis cette date à la lumière de différents congrès (Innsbruck 1922, Leipzig 1929 et Paris 1933).

Aujourd'hui, le placenta praevia garde toute son autonomie en fonction de sa symptomatologie qui reste dominée par l'hémorragie, de la gravité de son pronostic qui demeure mais surtout de sa thérapeutique.

La surveillance systématique des femmes enceintes, les méthodes constamment améliorées de technique chirurgicale, de transfusion-réanimation et de soins donnés aux nouveau-nés dès la naissance permettent d'espérer un pronostic meilleur sachant qu'il reste encore lourd de conséquence.

MATERIEL D'ETUDE

L'étude porte sur 95 cas de placenta praevia allant de janvier 1962 à décembre 1969 à la Maternité de Lariboisière sur un total de 22 057 accouchements.

CONSIDERATIONS GENERALES

Pour colliger nos observations, nous nous sommes attachés à la définition anatomique du placenta praevia : tout placenta qui s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

FREQUENCE

La fréquence des placenta praevia dans notre étude portant sur 8 ans est de 0,40 p.cent (95 cas sur 22 057 accouchements). Cette fréquence est inférieure à celle qu'on retrouve dans la littérature qui oscille entre 0,5 et 1 p.cent.

Dans le détail nous pouvons établir le tableau suivant :

	Accou- chements	Nb. de placenta praevia	%
1962	3 010	12	3,1
1963	3 035	5	0,16
1964	3 000	12	4
1965	2 952	18	0,6
1966	2 684	10	0,37
1967	2 593	9	0,34
1968	2 361	12	0,5
1969	2 422	17	0,7
TOTAL	22 057	95	0,4

Le diagnostic a été fait soit après la délivrance par la mesure du petit côté des membranes, soit par contrôle direct au cours d'une césarienne ou d'une délivrance artificielle ou parfois par localisation placentaire.

La répartition des variétés anatomiques des placenta praevia dans notre étude est la suivante :

Placenta latéral : 57 cas soit 60 p.cent
 Placenta recouvrant : 9 cas soit 9,47 p.cent
 Placenta central : 8 cas soit 8,42 p.cent
 Placenta marginal: 12 cas soit 12,63 p.cent
 Placenta marginal
 antérieur : 5 cas soit 5,26 p.cent
 Placenta marginal
 postérieur : 4 cas soit 4,21 p.cent
 Total forme : 95 cas

Ainsi le plus fréquent est le placenta latéral 60 p.cent. Les variétés non recouvrantes forment 78 cas, soit 82,1 p.cent alors que les variétés recouvrantes totales forment 17 cas soit 17,89 p.cent.

Ces pourcentages concordent avec ce qu'on retrouve dans la littérature bien que certains auteurs aillent jusqu'à trouver 40,8 p.cent de variétés recouvrantes.

Dans cette étude nous n'avons pas retrouvé de placenta accreta ou percreta.

Les variétés de placenta praevia ont été définies selon le schéma classique :

- L'insertion latérale est celle où le bord placentaire reste à distance de l'orifice interne du col.

- L'insertion marginale est celle où la circonférence placentaire est tangente à l'orifice interne.

- L'insertion centrale est celle dans laquelle le placenta recouvre en totalité l'orifice interne du col.

Ces 3 variétés correspondent à la situation du placenta par rapport à l'orifice interne du col pendant la grossesse.

Tandis que l'autre classification intéresse la situation du placenta par rapport au col pendant le travail. On distingue deux variétés :

- la variété non recouvrante dans laquelle le bord placentaire ne déborde jamais l'orifice cervical

- la variété recouvrante dans laquelle une

partie du placenta se trouve à découvert lors de la dilatation du col.

- L'âge

L'âge maternel s'étend de 17 à 43 ans.
Nous avons noté :

17-20 ans : 8 parturientes
20-30 ans : 43 parturientes
30-40 ans : 41 parturientes
40 ans : 3 parturientes

Nous avons étudié les variétés anatomiques les plus graves recouvrantes et centrales en fonction de l'âge et nous avons établi ce tableau suivant :

Age maternel	20-30 ans	30-40 ans	Total
Placenta recouvrant	3	6	9
Placenta central	4	4	8

Ainsi les variétés recouvrantes totales sont plus fréquentes chez la femme âgée 30-40 ans : 10 cas que chez la femme plus jeune 20-30 ans : 7 cas.

- La parité

Dans notre statistique sur 95 parturientes nous trouvons :

- 23 primipares
- 24 secondipares
- 20 parturientes qui ont 3 enfants
- 12 parturientes qui ont 4 enfants
- 9 parturientes qui ont 5 enfants

- 1 parturiente qui a 6 enfants
- 3 parturientes qui ont 7 enfants
- 1 parturiente qui a 8 enfants
- 1 parturiente qui a 9 enfants
- 1 parturiente qui a 10 enfants

soit au total :

23 primipares (24,21 p.cent) et 72 multipares (75, 78 p.cent) soit environ quatre multipares pour une primipare. Ceci ne fait que confirmer les statistiques antérieurement publiées dans lesquelles le taux des multipares varie de 68,8 p.cent (LACOMME 1925) à 90 p.cent (REICH 1956).

Cependant la plus grande fréquence des placenta praevia semble intéresser la secondipare.

Si nous répartissons la parité suivant l'âge de la parturiente nous trouvons :

- Pour la primipare :

. 5	patientes dont l'âge varie de 19-20 ans
. 13	" " " 20-30 ans
. 5	" " " 30-40 ans

- Pour la secondipare :

. 2	patientes dont l'âge varie de 19-20 ans
. 13	" " " 20-30 ans
	(1 cas douteux)
. 8	" " " 30-40 ans

- Pour la 3e pare :

. 9	patientes dont l'âge varie de 20-30 ans
. 9	" " " 30-40 ans
. 1	" " est au-dessus de 40 ans

- Pour la 4e pare :

. 6	patientes dont l'âge varie de 20-30 ans
. 6	" " " 30-40 ans

- Pour la 5e pare :

- . 1 patiente dont l'âge est 30 ans
- . 8 " " varie 30-40 ans

- Pour la 6e pare : 1 patiente est de 38 ans

- Pour la 7e " : 3 " dont l'âge varie 30-40 ans

- Pour la 8e " : 1 " Age 43 ans

- Pour la 9e " : 1 " Age 32 ans

- Pour la 10e " : 1 " Age 41 ans

- De cette étude nous déduisons :

. que les placenta praevia sont fréquents chez les secundipares. 24 cas sur 95 cas, soit 25,26 p.cent.

. que parmi ces secundipares l'âge prédominant est entre 20-30 ans, soit 13 patientes sur 95 soit 13,68 p.cent,

dont 9 patientes dont l'âge varie de 20 à 25 ans
et 4 " " " de 25 à 30 ans

- Récidive

Soulignons cependant que pour une 3e pare nous retrouvons : 2 récidives de placenta praevia chez une patiente de 25 ans, et l'autre de 35 ans, alors qu'une récidive s'est retrouvée chez une 4e pare de 33 ans.

Terminons ce chapitre pour dire le cas de cette institutrice de 41 ans qui est 10e pare et qui a eu 4 placenta praevia itératifs.

Ainsi sur un total de 95 femmes, 4 récidives soit 4,21 p.cent. Ce chiffre semble élevé par rapport à ce qu'on trouve dans la littérature (1,6 à 2,14 p.cent).

- Les antécédents obstétricaux

Sur 8 ans nous avons noté 34 avortements chez 18 femmes, 20 fausses couches curetées chez 14 femmes, 15 césariennes chez 10 femmes dont 4 pour placenta praevia.

Quant aux manoeuvres endo-utérines nous trouvons :

- . 4 délivrances artificielles
- . 11 révisions utérines.

- Pronostic maternel

Nous ne ferons que citer cette rubrique pour signaler que nous avons eu à déplorer une mortalité maternelle chez une femme de 28 ans (en 1965) 4e pare et geste par fibrinolyse malgré les 11 millions d'Iniprol, hémocaprol 4 g, et 4 flacons de sang iso-groupe, iso-rhésus.

La discussion reste ouverte devant cette fin fatale entre le diagnostic posé (fibrinolyse) et la coagulation intra-vasculaire disséminée et la thérapeutique qui aurait pu en découler dans l'un et l'autre cas. Ainsi la mortalité maternelle semble peu fréquente (1 cas sur 95, soit 1,05 p.cent) grâce à la réanimation intensive.

Quant à la morbidité maternelle nous ne citerons que quelques faits très saillants et connus de tous :

- 1 ligature des trompes en 1962 chez une femme de 41 ans 10e pare
- 1 ligature des trompes en 1965 chez une mère de 27 ans, le pare & geste, atteinte d'une car-

diopathie associant CIV + CIA.

- 1 ligature et résection des trompes chez une mère de 25 ans en 1966, 3e pare et geste qui a fait évoquer une rupture utérine au cours du travail et qui a été confirmée à la césarienne. Cette patiente a subi 2 césariennes antérieures, l'une en mars 64 pour dystocie dynamique; l'autre en avril 65 pour placenta praevia. Notons que l'hystérectomie a été discutée devant l'état anatomique des lésions utérines et les antécédents.

- 1 hystérectomie chez une mère de 37 ans - IIe pare et geste avec conservation des annexes car d'une part il existait un myome praevia, d'autre par l'utérus était de mauvaise qualité en 1968.

Au total :

- . 2 ligatures des trompes
- . 1 ligature avec résection des trompes
- . 1 hystérectomie avec conservation des annexes

- Mortalité globale et corrigée

Cette étude porte sur 95 cas de placenta praevia. De ces 95 enfants nous excluons d'emblée 3 enfants qui sont nés à 5 mois et qui n'ont pas vécu ou survécu.

① un enfant est né le 21.9.63 d'une mère IIe pare - IIe geste, âgée de 22 ans qui a saigné à 2 mois et 4 mois de sa gestation. L'accouchement s'est déroulé normalement et spontanément. L'enfant pesait 540 g. Il s'agissait en fait d'un oeuf complet dont l'anapathologique n'a pas été pratiquée. Le petit côté mesurait 3 centimètres.

② L'autre enfant est un garçon né le 23.12.66 d'une mère Ie pare - Ie geste, âgée

de 27 ans qui a saigné abondamment nécessitant 4 flacons de sang, en siège décomplété et pesant 1100 g. Il était vivant sans malformation congénitale apparente et ayant survécu moins de 4 heures (3 h 45 minutes) mais en regard du poids, le terme nous semble douteux.

③ Le 3e enfant est né le 16.4.69 d'une mère âgée de 38 ans, IIe pare et geste. Il existait un hydramnios. L'accouchement a nécessité une manoeuvre de Simpson, suivie d'une révision utérine. Il était très hémorragique, accompagné d'un choc ayant entraîné la transfusion de 2250 cc de sang iso-groupe - iso-rhésus ainsi que de l'hémisuccinate d'hydrocortisone, du gluconate de calcium, de l'Iniprol de l'hémocaprol. C'était un placenta praevia recouvrant. Il s'agissait d'un garçon macéré pesant 1200 g. Mais le terme était-il exact ?

- De même nous excluons le cas d'un enfant né le 11.11.62 de 6 mois $\frac{1}{2}$ de gestation, d'une mère âgée de 41 ans, IIIe pare et geste. Cette parturiente n'a pas été suivie lors de sa grossesse et est entrée dans le service avec un syndrome pré-éclamptique et une tension à 17/8. La césarienne faite a extrait un garçon mort-né pesant 650 g et retrouvant sur l'utérus 2 myomes.

- Ainsi il nous reste à étudier 91 cas. Notons que sur 95 cas nous déplorons 33 morts dont 19 morts-nés et 14 enfants vivants mais qui ont décédé secondairement, soit 34,73 p.cent.

Sur les 91 cas restants, nous déplorons 29 décès, soit 31,86 p.cent de mortalité corrigée.

Cette mortalité infantile de 31,86 p.cent est considérable.

A quoi est-elle due ? quels en sont les différents paramètres ?

① La prématurité

Elle représente un grand danger pour le fœtus au cours du placenta praevia. Elle peut être appréciée en fonction du terme de l'accouchement ou en fonction du poids de naissance de l'enfant. Nous notons :

- 1 terme dépassé
- 1 terme douteux
- 12 termes
- 11 enfants sont nés entre 6 mois et 6 mois $\frac{3}{4}$
- 26 enfants sont nés entre 7 mois et 7 mois $\frac{3}{4}$
- 22 enfants sont nés entre 8 mois et 8 mois $\frac{1}{2}$
- 15 enfants sont nés à 8 mois $\frac{1}{2}$
- 3 enfants sont nés au terme dépassant 8 m $\frac{1}{2}$

Ainsi nous pouvons établir un tableau en divisant le 3e trimestre en différentes périodes.

	Terme dé- passé	Terme douteux	Terme	6 m 3/4- 6 mois	7 3/4- 7 mois	8 1/2 - 8 mois	8 1/2	8 3/4 - 8 2/3	Cas exclus
1962			2	1	5	2	1		1
1963			1		1		1	1	1
1964		1		3	5	3			
1965	1		2	1	5	5	3	1	
1966			1		3	3	2		1
1967			4	2	2	1			
1968			2	1	2	4	3		
1969				3	3	4	5	1	1
TOTAL	1	1	12	11	26 ==	22	15	3	4

Nous déduisons de ce tableau que plus on se rapproche du terme, moins existent d'accouchements. Le plus grand nombre d'enfants de placenta praevia naissent entre 7 mois $\frac{3}{4}$ et 7 mois (26 cas sur 91 soit 28,57 p.cent).

De même nous constatons que 74 enfants sont nés avant terme c'est-à-dire entre 6 mois et 8 mois $\frac{1}{2}$, soit 81,31 p.cent (74 sur 91).

La mortalité en fonction du terme se répartit ainsi :

Terme	Enfants vivants	Enfants morts-nés	Décédés	Macérés	Mortalité globale
terme dépassé		1			
terme douteux			1		
A terme	12				
8 m $\frac{3}{4}$ - $\frac{2}{3}$	2		1		33,33 %
8 m $\frac{1}{2}$	13	1	1		13,33 %
8 m $\frac{1}{2}$ - 8 mois	19	1	1	1	13,63 %
7 m $\frac{3}{4}$ 7 mois	14	8	4		46,91 %
6 m $\frac{3}{4}$ 6 mois	2	3	5	1	81,81 %

Si nous comparons les 2 tableaux nous constatons :

- que sur 1 terme dépassé nous déplorons 1 mort
- que sur 1 terme douteux " " 1 mort aussi

- que sur 12 termes nous déplorons aucun enfant mort
- que sur 3 enfants morts-nés entre 8 mois $\frac{3}{4}$ - $\frac{2}{3}$ nous déplorons 1 mort (33,33 p.cent).
Ce chiffre n'est sûrement pas significatif vu la brièveté de cette étude.
- que sur 15 enfants nés à 8 mois $\frac{1}{2}$ nous déplorons 2 morts (soit 13,33 %)
- que sur 22 enfants nés entre 8 mois $\frac{1}{2}$ et 8 mois, nous déplorons 3 morts (soit 13,63 p.cent)
- que sur 26 enfants nés entre 7 mois $\frac{3}{4}$ et 7 mois nous déplorons 12 enfants morts (soit 46,91 p.cent)
- que sur 11 enfants nés entre 6 mois $\frac{3}{4}$ et 6 mois, nous déplorons 9 morts (soit 81,81 p.cent).

Ainsi la mortalité est très grande chez les grands prématurés et plus on se rapproche du terme, plus cette mortalité baisse.

Ainsi sur 59 enfants nés avant 8 mois $\frac{1}{2}$, nous déplorons 24 morts, soit 40,67 p.cent.

- Si nous prenons comme critère de la prématurité le poids qui est un peu plus précis nous pouvons établir les tableaux suivants :

Année		1962	63	64	65	66	67	68	69	Total
a	1000-1500 g	1	0	4	1	0	2	2	0	10
b	1501-2000 g	4	0	2	3	1	1	2	4	17
c	2001-2500 g	2	2	4	4	3	1	4	3	23
d	2501-3000 g	1	1	1	7	2	2	1	6	21
e	3001-4000 g	3	1	1	3	3	1	3	3	18
f	>4000 g						2			2
TOTAL		11	4	12	18	9	9	12	16	91

	1962		1963		1964		1965		1966		1967		1968		1969	
	MN	MPN	MN	MPN	MN	MPN	MN	MPN	MN	MPN	MN	MPN	MN	MPN	MN	MPN
10 a	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0
17 b	2	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0
23 c			0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0
21 d					0	1	0	1	1	0			1	0		
18 e							1	0								
2 f																

MN = Morti-natalité
MPN = Mortalité péri-natale

De ces 2 tableaux on peut déduire un tableau récapitulatif :

	Nb. enfts.	MN	MPN	MG	%
1000-1500 g	10	5	5	10	100
1501-2000 g	17	5	3	8	47,05
2001-2500 g	23	3	3	6	26,08
2501-3000 g	21	2	2	4	19,04
3001-4000 g	18	1	0	1	5,55
> 4000 g	2	0	0	0	0
TOTAL	91	16	13	29	

MN = Morti-natalité
MPN = Mortalité péri-natale
MG = Mortalité globale

- Nous constatons que les enfants pesant moins de 2500 g, la mortalité est de 24 enfants pour 50 enfants, soit 48 p.cent, alors que ceux pesant plus est : 5 enfants pour 41 enfants soit 12,19 p.cent.

- Remarquons que pendant la même période les accouchements prématurés dans le service sont de 20 p.cent.

Il existe donc d'autres facteurs qui interviennent aggravant le pronostic foetal du placenta praevia.

- Notons que sur les 12 enfants nés à terme, nous n'avons trouvé qu'un seul hypotrophique pesant donc moins de 2500 g. Il pesait 2300 g.

Variété anatomique

Nous allons étudier la mortalité en fonction de la variété anatomique des placenta praevia.

Variété		MN	MPN	MG	Total	%
P latéral	54	10	7	17	54/17	31,48
P Recouvr.	8	2	1	3	8/3	37,5
P Central	8	2		2	8/2	25
P Marginal	12	2	3	5	12/5	41,66
P.M. ant.	5	2		2	5/2	40
P.M. post	4			0	4/0	
Total	91	19	11	29	91/29	

Un fait semble paradoxal sur 54 placenta latéraux nous déplorons 17 morts alors que le placenta central reste le plus meurtrier sur 8 enfants 2 morts, de même que des placenta recouvrants : sur 8 enfants, 3 morts.

L'anoxie foetale

Elle reconnaît trois grandes causes en dehors de l'anémie aiguë de l'enfant. Ce sont les hémorragies et l'anémie maternelle, le décollement placentaire et la compression du cordon et enfin la procidence du cordon.

Nous allons essayer d'analyser ces 3 facteurs dans cette étude.

(A) Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques cliniques de l'hémorragie maternelle pour savoir si elles pouvaient avoir une incidence sur la mortalité foetale et en particulier la date d'apparition de la lère hémorragie, la répétition et l'abondance de ces pertes sanguines.

(1) suivant la date d'apparition de la lère hémorragie :

	1962	1965	1968	1969	Total de cas	Total de morts	%
1er tri- mestre							33,33
Nbre de cas	1	1	1	3	6		
Morta- lité	0	1	1	0	2	2	

	1962	64	65	67	68	69	Total de cas	Total de morts	%
2e tri- mestre									75
Nbre de cas	1	1	3	1	1	1	8		
Morta- lité	1	1	2	1	1			6	

	62	63	64	65	66	67	68	69	Tot. de cas	Tot. de morts
3e tri- mestre										
Nbre de cas	9	4	11	17	5	8	10	16	80	
Nbre de morts	4	1	5	7	2	2	2	2		25

% = 31,25

Il est paradoxal que le second trimestre soit très meurtrier : 6 morts sur 8 enfants soit 75 p.cent alors que le 3e trimestre le soit moins. Mais cette étude ne porte que sur un total de 91 cas.

② suivant la répétition des hémorragies

	62	63	64	65	66	67	68	69	Nb. tot. cas	Nb. de mort.	%
Hémorra- gies uni- ques											
Nb.de cas	5	2	1	4	5	5	6	8	36		
Nb.de mort.	2	0	1	2	2	2	2	0		11	30,55
Hémorra- gies ré- pétées											
Nb.de cas	6	2	11	13	4	4	6	8	54		
Nb.de mort.	2	1	5	5	1	1	1	2		18	33,33

Ainsi la répétition des hémorragies aggrave sensiblement le pronostic foetal : 33,33 p.cent contre 30,55 p.cent.

3 Selon l'abondance des hémorragies

Ce critère est difficile à intégrer dans cette étude. Cependant nous avons colligé les observations où la quantité de sang a été mentionnée. Du nombre de flacons de sang pourrait-on ainsi se faire une idée des pertes sanguines.

	62	63	64	65	66	67	68	69	Nb cas	Mort.	%
1 flacon de sang											
Nbre cas	2			3		1	1		7		28,57
Mortalité	1			1		0	0			2	
2 flacons de sang											
Nbre cas				2		3	1		6		33,33
Mortalité				1		1	0			2	
3 flacons de sang											
Nbre cas	1		1		2				4		75
Mortalité	1		1		1					3	
4 flacons de sang											
Nbre cas	1			2	1	1			5		40
Mortalité	1			1	0	1				2	
5 flacons de sang											
Nbre cas					1		1	1	3		33,33
Mortalité					0		1	0		1	
7 flacons de sang											
Nbre cas								1	1		100%
Mortalité								1		1	

Il ne semble pas y avoir de relation nette entre la quantité de sang transfusée et la mortalité foetale, bien que celle-ci augmente lorsque la quantité de sang transfusée devient importante.

Ⓑ Quant au décollement prématuré du placenta ou hématome rétro-placentaire nous trouvons :

	1964	1965	1968	Nbre de cas total	Mortalité totale	%
Nbre de cas	2	1	1	4	4	100
Mortalité	2	1	1			

Il est très meurtrier : 100 %.

Ⓒ Dans cette étude n'existent que 3 proci-
dences du cordon :

1966 : 1 cas
1969 : 2 cas qui n'ont pas entraîné de morts

ce qui est contraire à ce qui est classiquement connu.

27,2 % de décès foetaux dénombrés en 1960
par MACAFEE ou 71,4 p.cent par PALLIEZ en 1968.

Ⓓ Parmi les autres facteurs qui peuvent influencer le pronostic foetal nous les résumons dans le tableau suivant :

Circulaires du cordon: Nbre de cas Nbre de morts		7 4	% 57,4
Présentation trans- versale		14 cas 3 morts	21,42
Siège {	complet	5 cas 1 mort	20
	décomplet	3 cas 2 morts	66,66
		} 37,5	
Myome		3 cas 0 mort	0
Rupture utérine		1 cas 1 mort	100
sinus marginal		1 cas 1 mort	100

- Notons que le sinus marginal et la rupture utérine associés au placenta praevia sont très foeticides alors que le myome ne l'est pas.

- Parmi les présentations, le siège décomplété semble être pour le fœtus plus nocif que le siège complet ou la présentation transversale.

- Plus de la moitié des enfants qui sont nés avec des circulaires du cordon serrées ont succombé.

Comparée au taux normal du siège (3 à 5 p. cent) et de présentation transversale (0,3 p. cent) la fréquence du siège est multipliée par

2 et celle de l'épaule par 50.

Dressons un tableau pour mettre en valeur ce signe.

Auteurs	Pourcentage de présentation du siège	Pourcentage de présentation transversale ou épaule
Taux normal en dehors du placenta praevia	3 à 5 %	0,3 %
Maternité de Lariboisière (62-69)	8,79	15,38
LEPAGE	7,9	7
BEILLY (52)	7,4	8,6
FRITZGERALD (54)	6,4	4,2
REICH (56)	14,1	11,6
SEMMENS (59)	12,6	12,6
CHOSSON & RUF (61)	12	14

- L'anémie foetale

Bien que l'on ne puisse pas toujours expliquer le mécanisme exact de ces anémies foetales, elles sont indiscutables et semblent même assez fréquentes :

18 enfants sur 62 (soit 29,03 p.cent) étaient pâles à la naissance - De ces 18 enfants :
1 enfant est décédé le 13^e jour et les 17 autres sont nés vivants.

Cette anémie a été confirmée par la numération formule sanguine qui a montré 13 anémies modérées et 5 anémies intenses. Celles-ci ont nécessité la transfusion (5 cas).

Surveillance des grossesses

Avant de s'intéresser à la thérapeutique, nous avons voulu voir si toutes les femmes étaient bien suivies lors de leur grossesse. Nous avons colligé 4 observations où les femmes n'étaient pas du tout suivies. Ces 4 parturientes ont accouché de 3 morts-nés, soit 75 p.cent de mortalité foetale d'où l'intérêt de multiplier pour ces grossesses à haut risque le nombre de consultations pré-natales pour prévenir la mortalité dans la mesure du possible.

THERAPEUTIQUE

-:-

Etudions l'influence de la thérapeutique sur la mortalité foetale.

On sait qu'on a le choix entre deux moyens pour terminer la grossesse : la voie basse ou la césarienne.

	Nbre de cas	Mortalité	% Mortalité
Césarienne	47	14	29,78
d'emblée	30	9	30
secondaire	5	1	20
systématique	6	1	16,66
itérative	6	3	50
Voie basse	44	15	34,09
Accouchement	40	13	32,5
Grande extrac- tion	2	2	100
Forceps Tarnier	1	0	0
Suzor	1	0	0

De ce tableau entre la mortalité par césarienne ou voie basse, nous constatons que la césarienne est moins nocive pour le fœtus que la voie basse. En effet sur 47 enfants nés par césarienne nous déplorons 14 morts, soit 29,78 p. cent, alors que par voie basse sur 44 enfants nous déplorons 15 morts, soit 34,09 p. cent.

L'analyse des différents "temps" de césarienne nous démontre que :
la césarienne prévue, systématique pour les raisons suivantes :

- 1 cas pour placenta central en 62
- 1 cas pour 3e pare et geste de 30 ans, qui a eu un enfant atteint d'un retard psychomoteur à la suite d'un forceps en 65.
- 1 cas pour un utérus fibromateux chez une femme de 39 ans - 1e pare et geste avec une présentation transversale en 1967
- 1 cas en 1968 chez une femme de 22 ans, 1e pare et geste qui a un placenta praevia marginal antérieur et une présentation transversale.
- 2 cas en 1969 : dont l'un chez une femme de 22 ans - 1e pare et geste qui a eu un placenta latéral, un siège complet, un bassin limite et une dystocie dynamique.
L'autre : c'est une femme de 25 ans, IIIe pare et geste qui a un placenta central avec une présentation transversale.

Sur 6 cas, nous déplorons 1 mort, soit 16,66 p. cent. Par contre la césarienne itérative est grevée d'une forte mortalité : sur 6 enfants, nous avons 3 morts, soit 50 p. cent.

Les césariennes ont été pratiquées dans les conditions suivantes :

- . 1 cas : en 1962 pour une institutrice de 41 ans, Xe pare et geste - Césarienne faite pour

procidence du cordon et placenta latéral après traitement conservateur par antispasmodiques (n°1036).

. 2 cas en 1966

1) une césarienne secondaire pour procidence du cordon chez une primipare, primigeste de 25 ans. L'enfant est décédé vers le 13^e jour pour syndrome occlusif (n°1179).

2) Césarienne secondaire pour modification des bruits du coeur (n°1412).

. 2 cas en 1969

1) Césarienne après traitement à l'Isoxsuprine chez une parturiente qui a eu une césarienne antérieure pour dystocie foeto-pelvienne et présentation du siège (n°1715).

2) Césarienne pour modification des bruits du coeur foetal, présentation transversale, procidence du cordon après déclenchement pour un taux élevé d'agglutinines irrégulières chez une parturiente rhésus négatif (n°1833).

Il est paradoxal que le pronostic de la césarienne secondaire soit meilleur que celui de la césarienne d'emblée mais cette série est trop brève pour en conclure. L'autre argument est que devant la procidence du cordon, l'accoucheur sachant la gravité sur le pronostic foetal de cette complication décide rapidement d'intervenir d'où donc la surveillance "armée" est le bon pronostic foetal.

En ce qui concerne la voie basse nous remarquons :

- que la grande extraction est foeticide à 100 p.cent (2 naissances, 2 morts)
- par contre le forceps a meilleure réputation sur la mortalité immédiate. Cependant l'enfant

extrait par le forceps Suzor en 1968 gardera des séquelles neurologiques confirmées par l'électro-encéphalographie.

- Quant à l'accouchement normal après rupture des membranes nous déplorons 13 morts sur 40 enfants nés, soit 32,5 p.cent.

- Si on étudie le mode de terminaison de la grossesse en fonction de la prématurité nous notons :

	6-7 mois		7-8 mois		8-8 m½				%
	Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	
Césarienne	9	7	16	3	12	1	37	11	29,72
d'emblée	7	5	13	2	4	0			
secondaire	1	1	2	0	1	0			
systématique	0	0	0	0	5	1			
itérative	1	1	1	1	2	0			
voie basse	15	9	13	4	8	2	36	15	41,66
accouchement	14	8	12	4	7	1			
grande extraction	1	1	0	0	1	1			
forceps	0	0	1	0	0	0			

De ce tableau nous déduisons que les périodes critiques sont : 6-7 mois et 7-8 mois.

Ainsi sur 25 cas nous déplorons 10 morts par césarienne soit 40 p.cent alors que par voie basse sur 28 cas nous déplorons 13 morts, soit 46,42 p.cent.

Donc la césarienne est peu foeticide pour ces deux périodes.

En ce qui concerne la 3e période allant de 8 mois - 8 mois $\frac{1}{2}$, la césarienne a aussi un meilleur pronostic : 12 cas, nous n'avons qu'un mort (soit 8,33 p.cent) alors que la voie basse sur 8 cas, 2 morts, soit 25 p.cent.

Au total : la césarienne a un pronostic foetal meilleur que la voie basse.

- Nous avons aussi étudié le mode de terminaison de la grossesse en fonction de la variété anatomique :

	Placenta latéral	Placenta marginal	Placenta recouvrant	Placenta central	Mortalité globale
Césarienne	6	3	3	2	14
Voie basse	11	4	0	0	15

De cette mortalité globale, retranchons 3 cas :
- 1 cas à terme dépassé en 65 né par césarienne
- 1 autre à 8 mois $\frac{2}{3}$ en 63 né par césarienne
Ces 2 cas avaient un placenta praevia latéral.

- un troisième cas concerne un enfant décédé en 64 à terme dépassé de 15 jours par césarienne. Le placenta praevia était marginal.

Ainsi le tableau précédent se trouve rectifié:

	Placenta latéral	Placenta marginal	Placenta recouvrant	Placenta central	Mortalité globale
Césarienne	4	2	3	2	11
Voie basse	11	4	0	0	15

Notons encore que la mortalité est élevée dans la variété latérale.

Que parmi les 26 enfants nés avant terme nous notons 11 morts par césarienne et 15 par voie basse. Le lourd tribut est payé par la voie basse dans la variété latérale : 11 morts.

EVOLUTION

- :-

Etudiant l'évolution de la mortalité péri-natale d'année en année, nous distinguons deux périodes dont la mortalité est sensiblement différente :

de 1962 à 1965, la mortalité péri-natale est de 8 cas/45 - (17,77 p.cent) alors que de 1966 à 1969 elle est de 5 cas sur 46 enfants (10,86 p.cent).

Etudions la péri-natalité selon les années et selon le mode de terminaison de la grossesse.

Année	62	63	64	65	66	67	68	69	Mortalité totale péri-natale
Césa- rienne	1	1	1	2	1	1	0	0	7
Voie basse	0	0	2	1	0	2	1	0	6

	1962-1965			1966-1969		
	Nb. cas	Nb.MPN	% morts	Nb. cas	Nb.MPN	% morts
Césa- rienne	26	5	19,23	21	2	9,52
Voie basse	19	3	15,78	25	3	12,2
Total	45	8	17,77	46	5	10,86

Cette différence est due au fait que le service s'est doté à partir de 1966 d'une équipe d'anesthésiologistes-réanimateurs rompus aux exigences de l'anesthésie obstétricale et disponibles à tout moment. Ainsi pourrait s'expliquer l'amélioration des résultats obtenus de 1966-1969 chez les enfants morts par césarienne 2 morts sur 21, soit 9,52 contre la période 1962-1965 : 5 morts sur 26, soit 19,23 p.cent. Par contre la mortalité des enfants nés par voie basse est comparable 3 dans les 2 périodes.

Remarquons qu'en 1969 malgré la très brièveté de la série, nous ne déplorons aucun enfant décédé. 3 enfants sont nés en cette même année qui ont été réanimés selon le protocole bien établi et qui a été élaboré par les accoucheurs-gynécologues de la région de Paris.
(voir schéma)

Ces 3 enfants dont 2 par césarienne l'une d'emblée pour placenta central à 8 mois a pesé 2 460 g, l'autre par césarienne itérative pour placenta praevia siégeant à la partie basse de la face postérieure de l'utérus à 6 mois $3/4$ et pesant 1 800 g sont vivants. L'autre est né par voie basse normalement après rupture spontanée de la poche des eaux à 6 mois $1/2$ et pesant 1 610 g et ayant un placenta marginal gauche est lui aussi vivant malgré le siège complet, le circulaire assez serré.

Temporisons néanmoins cet optimisme pour signaler que l'enfant né par césarienne d'emblée aura des séquelles neurologiques car l'électro-encéphalogramme a décélé une asymétrie entre les 2 hémisphères cérébraux.

Traitement médical conservateur

Dans un certain nombre de cas où la patiente a été admise dans le service pour métrorragies avant tout début du travail, il a été instauré un traitement conservateur dans le but de prolonger la durée de la grossesse.

Ce traitement est constitué par le repos strict au lit associé aux antispasmodiques et à la progestérone.

L'Isosuprine a été utilisée en 1969 chez deux patientes.

Pour poser le diagnostic et pouvoir imposer à la malade un repos prolongé nous avons pratiqué un toucher vaginal très prudent. A partir de la fin de l'année 1968 et pendant l'année 1969, en plus de l'examen clinique constitué par le toucher vaginal nous avons pratiqué dans quelques cas une localisation placentaire au centre de transfusion sanguine Boulevard Diderot.

On sait que ce repérage placentaire peut être effectué en utilisant soit les hématies marquées au chrome 51 ou l'albumine sérique humaine marquée à l'Iode 131 ou mieux à l'Iode 132 ou au technetium 99 ou à l'Indium 113 ou encore au carbone 11.

Nous l'avons utilisé :

- en 1968 : pour un placenta marginal antérieur
- et en 1969 : 3 cas :
 - . 1 pour un placenta marginal
 - . 1 pour un placenta central et marginal
 - . 1 pour un placenta recouvrant

Tous les enfants nés sont vivants.

- 1 seule fois en 1969, nous avons utilisé l'amnioscopie dans une grossesse de 6 mois 1/4 chez

une femme de 26 ans, IIe pare - IVe geste.
La patiente a accouché normalement d'une fille
macérée pesant 1 620 g. Le placenta était de
couleur "chair à saucisse". Il s'agissait d'un
placenta recouvrant.

- Nous avons essayé d'estimer les résultats de
cette thérapeutique.

Le 1er tableau consigne le nombre de cas où
elle fut appliquée, le nombre de semaines ga-
gnées et la mortalité foetale.

Durée	1 se- maine	1 à 2 s.	2 à 3 s.	3 à 4 s.	4 s.	Total
Nb.de cas	10	1	4	9	10	34
Nb.de morts	3	0	0	2	5	10

Nous constatons que nous avons pu prolonger
10 grossesses au-delà de 4 semaines dont le ma-
ximum, fait surprenant, va jusqu'à 24 semaines.

En effet 1 grossesse en 1962 a été prolongée
du 3e mois au 7e mois, soit 16 semaines.

1 autre en 1964 du 3e au 6e mois, soit 12 se-
maines.

et la 3e semaine du 1er mois au 7e mois,
soit 24 semaines en 1965.

Mais malgré ces prolongations, la mortalité
foetale est élevée puisque nous déplorons 10
morts sur 39, soit 29,41 p.cent.

Afin de mieux évaluer la valeur de ce traite-
ment, nous avons comparé ces résultats avec ceux

obtenus lorsqu'il a été mis fin immédiatement à la grossesse en tenant compte également du mode d'accouchement.

	Age de la grossesse Accouchement	6-7 mois		7-8 mois		8-8 m ½		8 m ½		Total		%
		Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	Nb. cas	Nb. morts	
d'em- blée	Césarienne	8	6	14	3	11	1	9	3	42	13	30,95
	Voie basse	5	2	7	1	3	1	4	0	19	4	21,05
	TOTAL	13	8	21	4	14	2	13	3	61	17	27,86
secon- daire	Césarienne	1	1	2	0	1	0	1	0	5	1	20
	Voie basse	10	7	6	3	5	1	4	0	25	11	44
	TOTAL	11	8	8	3	6	1	5	0	30	12	40
	TOTAL	24	16	29	7	20	3	18	3	91	29	31,86

La mortalité foetale est moins élevée lorsqu'on a mis fin à la grossesse dès l'admission dans le service 17 morts sur 61 cas (27,86 p.cent) contre 12 morts sur 30 cas (40 p.cent). Le taux de mortalité par césarienne d'emblée nous semble élevé (13 morts sur 42 cas) par rapport à la voie basse d'emblée (4 morts sur 19 cas).

Après traitement conservateur, la voie basse accuse un taux de mortalité plus élevé (11 morts sur 25 cas) que la césarienne (1 mort sur 5 cas).

Faits disparates

- Les malformations congénitales, macroscopiques

Nous constatons un cas d'hypertrophie des grandes lèvres chez une fille de 8 mois $\frac{1}{2}$, et un cas d'hypospadias chez un garçon de 8 mois. Tous les 2 vivants soit 2 p.cent (2 cas sur 91 enfants).

- Pronostic assez lointain

Les séquelles neurologiques :

Nous trouvons dans cette étude : 3 cas

- ① 1 fille, née en 1966 à 8 mois par césarienne d'emblée pour un placenta central chez une femme de 21 ans, IIe pare et geste.
- ② 1 fille, née en 1968 à 8 mois aussi par forceps Suzor pour un placenta latéral chez une femme de 22 ans - Ie pare et IIe geste.
- ③ 1 garçon, né en 1969 à 8 mois par césarienne d'emblée pour placenta praevia central et réanimé chez une femme de 24 ans, Ie pare et geste.

- Déclenchement

. 1 déclenchement à la post-hypophyse a été pratiqué sur une grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$ chez une femme de 35 ans, IIe pare - IVe geste - Elle a accouché d'une fille vivante de 1 650 g avec hypertrophie des grandes lèvres en 1968.

. 1 autre déclenchement par benzo-gynoestryl et post-hypophyse a été fait pour une femme de 36 ans, IIIe pare et geste pour une grossesse de 8 mois $1\frac{1}{3}$ en 1969. Cette grossesse s'est terminée par une césarienne à cause de la proci-
dence du cordon d'un garçon vivant de 2 800 g. Il s'agissait d'un placenta praevia antérieur.

. Une autre fois on a posé pour procubitus du cordon du syntocinon chez une femme de 27 ans, IVe pare, Ve geste, dont la grossesse est de 7 mois en 1969. Elle a accouché d'un garçon vivant pesant 1 780 g. Il s'agissait d'un placenta latéral.

DISCUSSION

- La prématurité est un facteur important de mortalité, mais elle n'explique pas tout.

- Le mode d'accouchement joue aussi un rôle car une décision prise d'emblée (césarienne ou voie basse) a un meilleur pronostic globalement qu'une décision prise secondairement.

- Le rôle de la conduite à tenir au cours de la grossesse est important. Bien que le traitement conservateur soit parfois assez spectaculaire, son résultat est imprévisible et le fœtus meurt malgré la prolongation de la grossesse.

L'anoxie foetale in utéro a une réputation redoutable. Elle peut être due : aux décollements placentaires qui réduisent la capacité des échanges foeto-maternels, à la compression par la présentation du placenta inséré bas, à la pro-cidence du cordon particulièrement meurtrière ; aux hémorragies maternelles et à l'anémie consécutive encore qu'il n'y ait pas toujours une concordance exacte entre les pertes maternelles, leur abondance, leur répétition et l'état de l'enfant.

La prématurité ne peut expliquer entièrement l'importance de la mortalité relevée parmi les cas de placenta praevia, l'amélioration du pronostic résulte des interventions rapides. Le

peu de relations entre les pertes maternelles et l'état de l'enfant constituent une série d'arguments en faveur de l'existence d'un facteur supplémentaire de mortalité foetale. Ce facteur est l'hémorragie venant du foetus lui-même.

Plusieurs auteurs ont démontré l'existence de ces hémorragies, et elles sont estimées à 4 p.cent de la totalité des pertes maternelles.

Ainsi les villosités choriales en se déchirant entraînent une déperdition de sang foetal difficile à prévoir et à estimer mais qui dans certains cas doit être beaucoup plus importante si l'on se base sur la fréquence importante qui d'après certains auteurs serait de 1 sur 4 environ des enfants nés en état d'anémie cliniquement évidente.

Cette hémorragie foetale et l'anémie qui en découle expliquent le meilleur pronostic de la césarienne par rapport à la voie basse. Ce meilleur pronostic de la césarienne est habituellement attribué à la diminution du traumatisme obstétrical. Il est également amélioré par la plus grande rapidité de la césarienne abrégeant ainsi l'hémorragie foetale et l'empêchant de devenir importante. Elle explique également l'inconstance des résultats du traitement médical conservateur : si l'hémorragie foetale initiale a été relativement importante et abondante, les transfusions maternelles ne pourront rétablir le potentiel sanguin du foetus. Celui-ci reste dans un état d'anémie chronique. La répétition des hémorragies maternelles et éventuellement foetales, la reprise presque inéluctable de celles-ci avec la survenue du travail risquent d'entraîner la mort in utéro ou en tout cas une souffrance foetale grave.

On comprend alors que la terminaison immédiate de la grossesse surtout par césarienne ait un pronostic meilleur que la terminaison secondaire surtout si le traitement conservateur n'arrive pas à juguler complètement les hémorragies.

Les pertes sanguines d'origine foetale expliquent également le mauvais pronostic de la voie basse en présence d'une insertion latérale du placenta. On peut penser que la compression de la partie inférieure du placenta par la présentation, puis la descente de celle-ci provoquent des déchirures des villosités choriales anémiant progressivement le fœtus. La césarienne plus rapide n'aurait pas cet inconvénient.

L'existence de ces hémorragies attire l'attention sur les dangers du toucher vaginal car les villosités choriales mises à nu au niveau de l'orifice cervical sont particulièrement vulnérables au doigt introduit à travers cet orifice cervical d'où la conduite à tenir qui s'impose: dès la suspicion d'insertion basse du placenta; le toucher vaginal devrait être exécuté avec une très grande prudence en salle d'opération tout étant préparé pour une intervention immédiate. En effet dès la survenue d'une hémorragie ce n'est peut être pas tant la mère que le fœtus qui est en danger et celui-ci ne peut être sauvé que par une extraction rapide.

Le pronostic foetal est imprévisible. Ce facteur d'imprévisibilité est lié à l'abondance de l'hémorragie d'origine foetale qui n'est pas nécessairement en rapport avec l'abondance de l'hémorragie d'origine maternelle.

- La conduite à tenir

Pour déterminer le traitement qui convient le

mieux à chaque cas il faut recourir à une analyse clinique approfondie qui dépend d'un certain nombre de facteurs :

- Importance de l'hémorragie : son abondance, sa répétition, sa persistance
- état général maternel : degré d'anémie, âge, parité
- état foetal, terme de la grossesse, viabilité et vitalité du foetus
- variété d'insertion du placenta
- situation mécanique : état du col, présence d'une dystocie associée : telle une présentation anormale, tumeur praevia, lésion du bassin, césarienne antérieure.

① La conduite à tenir au cours de la grossesse

Devant toute hémorragie des trois derniers mois de la grossesse, l'hospitalisation immédiate d'urgence dans un centre obstétrical s'impose.

La patiente doit être gardée en observation, en milieu obstétrical et chirurgical au repos absolu.

Pendant cette hospitalisation, la femme est surveillée par la prise répétée du pouls et de la tension artérielle, par des numérations globulaires associées à l'hématocrite, par les dosages de l'hémoglobine, mais on doit tenir compte de l'âge de la grossesse.

En effet :

① Après 7 mois $\frac{1}{2}$ ou 35^e semaine la césarienne d'emblée s'impose si les hémorragies sont d'une certaine abondance plus de 100 ou 150 millilitres, si le foetus paraît d'un volume suffisant après un contenu utérin. Elle permettra d'obtenir dans les meilleures conditions un enfant en

bon état dont il sera possible éventuellement de corriger immédiatement l'anémie.

② Avant le 7^e mois ou 32^e semaine : c'est le facteur Prématurité qui conditionne le pronostic.

On utilisera un traitement conservateur afin de calmer les contractions utérines par les extraits du corps jaune, les antispasmodiques, la chlorpromazine, le diazépam ou l'Isoxsuprine. Celle-ci a été utilisée dans le service avec de bons résultats selon le protocole suivant :

- En perfusion intra-veineuse : 100 milligrammes d'Isoxsuprine dans 500 millilitres de glucosé avec au début 20 à 30 gouttes par minute. Cette perfusion est maintenue pendant au moins 12 à 24 heures en contrôlant le pouls et la tension artérielle toutes les 5 à 15 minutes afin d'éviter l'hypotension et la tachycardie, la parturiente étant en décubitus latéral.

- Quand les contractions sont arrêtées, nous passons à la voie intra-musculaire à la dose de 10 milligramme (1 ampoule) toutes les 3 heures pendant 24 heures.

- Quand les contractions ont cessé depuis environ 48 heures, nous passons à la voie orale à la dose de 1 à 2 comprimés (1 comprimé de 10 milligramme) 3 à 4 fois par jour.

Ce traitement conservateur peut ainsi prolonger la grossesse de une à quatre semaines ou plus parfois.

L'action de ce produit sur le fœtus.

L'Isoxsuprine est le chlorhydrate de (méthyl 1 Phénoxy 2 éthylamino 2) (hydroxy 4 - Phényl)-1 popranol. Elle appartient au groupe des Bêta

phénoxy-éthylamines et se trouve dans le commerce sous le nom de Duvadilan.

Son action sur le fœtus :

① Au cours de la perfusion

Nous n'avons pas enregistré de façon continue le rythme cardiaque fœtal. De nombreux auteurs ont signalé des modifications apparues au cours de la perfusion. KARIM signale une augmentation du rythme du cœur fœtal de 8 à 15 battements par minute survenant 5 à 10 minutes après injection intra-veineuse directe chez la mère. STANDER a confirmé ces constatations.

L'hypotension maternelle peut être dangereuse pour le fœtus si elle s'accompagne de contractions utérines. Les travaux de RAMSEY sur la circulation utéro-placentaire permettent de le comprendre. La réalité de ce danger apparaît plus nettement quand existe une hypoxie fœtale préexistante due à une anémie maternelle, à une hémorragie importante ou à une diminution de la circulation utéro-placentaire.

② Sur l'état du nouveau-né

Il n'y a pas eu de répercussion du traitement sur l'indice d'Apgar à la naissance.

Notre expérience porte sur peu de cas (2 cas). Cependant l'année 70 et l'année en cours, l'expérimentation se poursuit avec une impression de bons résultats.

Ce traitement perd ses droits dès que les hémorragies deviennent abondantes mettant en jeu le pronostic vital maternel ou encore plus précisément devant un pouls maternel au-dessus de 100 en permanence, ou lorsque le nombre de globules rouges est au-dessous de 3 millions par millimètre cube ou lorsque le taux de l'hémoglobine tombe au-dessous de 35 p. Cent.

③ Entre le 7^e et le 8^e mois ou la 32^e et 35^e semaine, le problème est plus difficile car on est pris entre deux dangers : mettre au monde un prématuré sain dont le faible poids et l'immaturité rendront l'élevage difficile ou au contraire en essayant de gagner du temps risquer d'avoir une anoxie et une anémie foetale graves. Il faudrait pouvoir estimer le risque couru en prolongeant la grossesse. Pour cela il serait du plus grand intérêt de rechercher dans les hémorragies utérines le pourcentage d'hématies foetales et de pouvoir en se basant sur la quantité totale du sang perdu estimer la déperdition sanguine foetale. Si celle-ci est importante, il vaut mieux renoncer au traitement conservateur et faire une césarienne d'emblée. Si elle est modérée, il est logique d'essayer de gagner du temps si les hémorragies cessent rapidement et complètement dès l'instauration du traitement médical.

Notre souhait serait de rechercher systématiquement les hématies foetales lors des placenta praevia.

II) La conduite à tenir au cours du travail

La présence d'hémorragies contemporaines du travail, la conduite à tenir peut se résumer ainsi :

- La césarienne immédiate s'impose si les hémorragies sont abondantes plus de 300 millilitres, si le placenta est débordant, si les conditions obstétricales sont défavorables telle une présentation vicieuse ou une procidence du cordon, si la rupture artificielle des membra-

nes n'arrête pas complètement les hémorragies.

- La césarienne sera préférée à la voie basse si l'âge de la grossesse se situe entre le 7^e et le 8^e mois (32-35^e semaine) car elle est d'un meilleur pronostic pour le fœtus.

- La voie basse sera acceptée après une éventuelle rupture artificielle des membranes si les conditions obstétricales le permettent tel un placenta latéral et si les hémorragies n'ont pas été abondantes.

- Quant aux manœuvres obstétricales, elles sont à rejeter car elles sont fœticides sauf si le fœtus est déjà mort ou non viable.

- Nous insistons dans cette étude sur l'importance de la réanimation des nouveau-nés de grossesse avec placenta praevia.

Il faudra être prêt à les transfuser dès la naissance s'ils présentent des signes cliniques d'anémie et il faudra établir un bilan hémato-logique systématique.

Les indications de la transfusion sanguine devraient être élargies en tenant compte du fait que le nouveau-né normal a un taux de globules rouges égal ou supérieur à 4,9 millions par millimètre cube .

- 61 -

LA REANIMATION

chronomètre chauffage asepsie mort apparente

Cœur lent ou nul

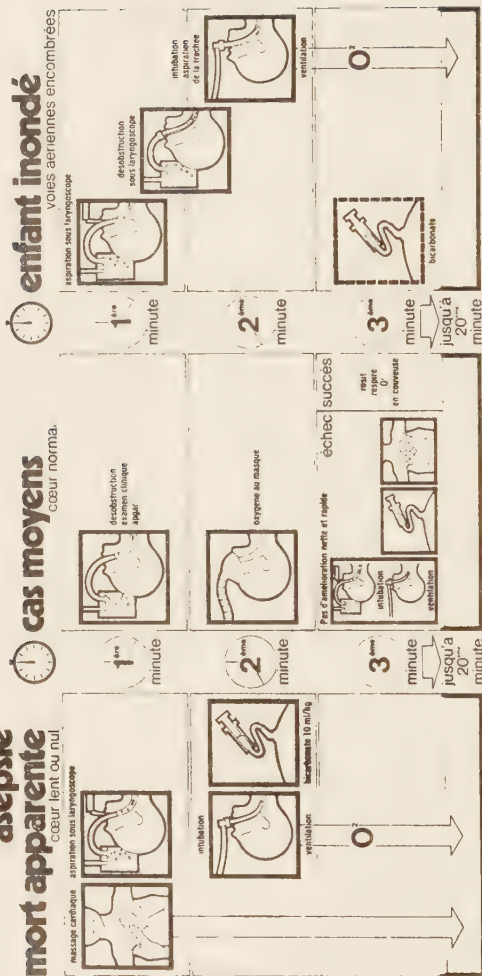
cas moyens

Cœur normal

enfant inondé

Voies aériennes encombrées

réanimation
du nouveau-né



bilan

dans tous les cas
au bout de 20 minutes

échec : abandon

succès :
en couveuse : 0°

CERCELS ET TUBES EN + : SCHÉMATISÉS ALLONGEMENTS DES PORTAUX DE LA PÉRIODE DE FUMÉE

VOIES AÉRIENNES, OU MÂT FILL, AU VITAGE

FIG. 1. — Schéma de réanimation du nouveau-né.

La réanimation dans le service se pratique selon un schéma simple affiché au-dessus de la table de réanimation des nouveau-nés dans la salle de travail.

(Voir schéma page ci-contre)

Remarquons dans ce tableau que l'accent est mis sur le temps qui passe : c'est dans les 3 premières minutes de la vie que se joue le pronostic vital ou l'infirmité motrice cérébrale.

Nous distinguons trois indications qui sont valables dans tous les cas : Réchauffer l'enfant, déclencher et surveiller le chronomètre, respecter l'aseptie malgré l'extrême urgence.

Trois cas schématiques sont envisagés :

① Le cas d'extrême urgence pour lequel la dénomination classique de "mort apparente du nouveau-né" a été conservé.

Ce cas est caractérisé par l'élément clinique qui suffit au diagnostic et impose l'action d'urgence : les battements cardiaques sont absents ou très lents.

C'est simultanément qu'il faudrait pouvoir entreprendre toutes les manoeuvres : assistance circulatoire, assistance respiratoire, correction de l'acidose. En fait, il est difficile

d'éviter un léger décalage.

Ainsi dans l'ordre on trouve :

- l'assistance respiratoire entreprise dès que l'enfant est sur la table de réanimation : mise en place du laryngoscope, désobstruction pharyngée, intubation et ventilation par l'intermédiaire de la canule trachéale.
- le massage cardiaque externe est réalisé après avoir transporté l'enfant sur un plan dur pour éviter un gasp. réflexe et une inhalation immédiate des mucosités bucco-pharyngées.
- L'administration de bicarbonate de soude en solution semi-molaire à la dose d'environ 10 millilitres par kilogramme de poids par l'intermédiaire d'un cathéter ombilical poussé dans la veine cave. Un aide anesthésiste prépare le matériel nécessaire pendant les premières manoeuvres.

L'assistance circulatoire et respiratoire est poursuivie pendant un temps variable.

Vers la 20e minute on établira un bilan :

- soit succès total, le coeur bat normalement et l'enfant respire spontanément. Il sera mis en incubateur sous oxygène et surveillé de près.
- soit succès partiel : le coeur est reparti, l'enfant présente encore des troubles respiratoires. La réanimation sera poursuivie mais l'équipe de la salle de travail cède la main aux réanimateurs spécialisés.
- soit échec complet. Celui-ci conduit à l'abandon des manoeuvres.

(2) Le cas moyen , moins grave, le plus fréquent Il est caractérisé par le fait que la respiration s'établit mal ou pas du tout mais que les battements cardiaques sont normaux.

a) La première minute est consacrée :

- tout d'abord à désobstruer avec une sonde stérile le pharynx et le nez de l'enfant. Ce geste suffit souvent à aider à l'établissement de la respiration spontanée.

- Ensuite à procéder à un examen rapide qui conduit comme c'est la règle à établir dans cette première minute la note d'Apgar.

b) A la seconde minute, on entreprend si elle est nécessaire la ventilation au masque selon la technique habituelle.

Fait fondamental cette ventilation au masque doit faire rapidement la preuve de son efficacité : très vite l'enfant doit rosir, un peu plus tard reprendre une respiration spontanée. La ventilation sera alors poursuivie un temps variable sans oublier d'aspirer le contenu de l'estomac qui a toujours tendance à se distendre.

c) L'échec éventuel de cette simple ventilation doit donc conduire très vite, dès la troisième minute, à l'intubation et à la poursuite des manoeuvres de réanimation de la même façon que dans le cas grave envisagé précédemment, administration de bicarbonate, massage cardiaque éventuellement.

③ Un cas particulier est celui de l'enfant "Inondé" qui naît le nez, la bouche, le pharynx et les voies aériennes encombrés d'une quantité considérable de méconium, liquide amniotique, mucosités.

Son état général peut correspondre soit au cas "grave" ci-dessus, soit au cas "moyen". Le geste primordial ici est de ne pas tenter de faire respirer et encore moins crier cet en-

fant avant de l'avoir d'urgence entièrement désencombré, mis en place du laryngoscope, désobstruction pharyngée, intubation et aspiration trachéale par la canule.

De toutes façons dans tous les cas, il faut absolument que la même personne note à la 1ère minute et ensuite de 5 en 5 minutes le score d'Apgar et l'écrive, car la notion évolutive que donne la succession de ces notes sera ultérieurement un élément très important pour apprécier l'efficacité de la réanimation et parfois pour orienter le diagnostic étiologique de la souffrance foetale.

Rappelons cependant ce qu'est l'Apgar.

Score	Rythme cardiaque	Efforts respiratoires	Tonus	Réponses aux excitations	Coloration
0	absent	absents	hypotonie	aucune réponse	bleu pâle
1	inférieur à 100	lents irréguliers cri faible	flexion des extrémités	grimace	extrémités bleues
2	supérieur à 100	cri normal	actif	réponse nette	rose

D'après le score d'Apgar on peut ranger les nouveau-nés dans l'un des 4 groupes :

Groupe 1 : Apgar constamment supérieur à 8 dans la première demi heure - Nouveau-né normal.

Groupe II : Après une réanimation correcte, l'Apgar bas d'emblée s'améliore rapidement nettement et régulièrement : il s'agit d'une souffrance ou de courte durée (expulsion) ou d'origine médicamenteuse. Le pronostic est bon.

Groupe III : L'Apgar bas à la première minute reste bas ou son ascension est médiocre et reste inférieure à 6 au bout de la première demi heure : il s'agit d'une souffrance foetale plus ancienne, soit due à une pathologie gravidique, soit développée au cours du travail. Le pronostic est beaucoup plus réservé.

Dans ce groupe, on range aussi les nouveau-nés peu atteints au départ mais mal réanimés et dont la souffrance ne devient de longue durée qu'après la naissance.

Groupe IV : Si un Apgar bon à la naissance s'aggrave secondairement d'une manière franche, il faut rechercher sans retard des signes d'atteinte cardio-respiratoire telle une malformation cardiaque ou une hernie diaphragmatique, ou neurologique telle qu'une hémorragie méningée.

CONCLUSIONS

-:-

1°- Nous avons étudié 95 observations d'insertion du placenta sur le segment inférieur à la Maternité de Lariboisière de 1962 à 1969 sur un total de 22 057 accouchements soit 0,40 p.cent du total des accouchements.

2°- Ces insertions se sont manifestées cliniquement par des hémorragies.

3°- La recherche de l'étiologie nous permet d'insister sur la fréquence des antécédents gynécologiques et obstétricaux. Ainsi la multiparité est retrouvée dans 75,78 p.cent des cas.

- les avortements antérieurs : 34 chez 18 femmes
- le curetage : 20 chez 14 femmes
- les récédives dans 4,21 p.cent des cas.

4°- L'hémorragie reste le symptôme majeur du placenta praevia :

- 33,33 p.cent des parturientes ont saigné pendant le premier trimestre
- 75 p.cent pendant le second trimestre
- 31,25 p.cent pendant le dernier trimestre de la gestation.

Ces hémorragies ont entraîné un traitement conservateur avant tout début du travail, soit 37,36 p.cent (34 cas sur 91). Ces hémorragies

ont aussi nécessité parfois des transfusions de sang, soit 28,57 p.cent des cas (26 cas sur 91).

5°- Les présentations ont entraîné une mortalité globale de 21,05 p.cent. Les présentations du siège sont plus foeticides (37,5 p.cent) que les présentations transversales (21,42 p.cent).

6°- L'accouchement prématuré reste une éventualité fréquente. Son taux s'élève à 81,31 p.cent.

7°- Quant aux complications :

Citons les circulaires du cordon qui restent mortelles dans plus de la moitié des cas :

57,4 p.cent dans notre série, une rupture utérine mortelle, et un sinus marginal mortel.

8°- Le pronostic reste grave

Malgré l'amélioration considérable du pronostic maternel, on ne doit pas oublier la possibilité de complications imprévues et la nécessité d'une hospitalisation en milieu obstétrical correctement équipé en cas d'hémorragie. Dans notre étude, nous n'avons qu'une mortalité maternelle, soit 1,05 p.cent par fibrinolyse.

Le pronostic foetal reste sévère malgré les thérapeutiques modernes. La mortalité foetale globale est de 34,73 p.cent. Cette mortalité est due essentiellement à la prématurité, à l'anoxie foetale et à l'anémie consécutives toutes deux aux hémorragies maternelles, à l'aggravation réalisée par le traumatisme obstétrical quand les manoeuvres ont été pratiquées. L'hémorragie et l'anoxie rendent particulièrement fragiles les prématurés. La mortalité foetale des enfants de moins de 2 500 g est de 40 p.cent.

9°- Parmi les formes cliniques, nous avons iso-

1° le placenta praevia recouvrant et les formes associées à un décollement prématuré du placenta. Le placenta praevia recouvrant est fréquent, il représente 17,89 p.cent. Il semble saigner pendant la grossesse et provoquer de nombreux accouchements prématurés.

10°- Nous possédons trois moyens quant à la thérapeutique :

- la césarienne a été pratiquée dans 51,56 p.cent
- la voie basse dans 59,34 p.cent
- le traitement conservateur peut faire gagner quelques semaines à la prématurité foetale et diminuer ainsi la mortalité. Les recherches sur l'ISOXSUPRINE et ses dérivés résoudront en partie du moins cette question.

11°- Les indications des différentes modalités du traitement seront vraisemblablement mieux codifiées lorsque le monitoring obstétrical sera répandu à large échelle.

Nous souhaitons faire rechercher les hématies foetales d'une manière systématique afin de mieux poser les indications du traitement conservateur ou de la césarienne. Ainsi espérons-nous extraire non seulement un enfant vivant mais surtout un enfant vivant sans séquelles neurologiques immédiates ou lointaines.

12°- En effet pour cela la réanimation néo-natale reste capitale pour améliorer le pronostic foetal.

Deux chiffres sont éloquentes à ce propos : 17,77 p.cent de mortalité foetale avant l'arrivée de l'équipe d'anesthésiologistes-réanimateurs dans le service et 10,86 p.cent après leur arrivée. Cette réanimation est maintenant codifiée et est devenue classique. Il reste à souhaiter que celle-ci n'augmente pas les enfants vivants

atteints de séquelles neurologiques d'où la limite de la réanimation qui ne doit pas être exécutée chez les grands traumatismes craniens de la naissance, les grands polymalformés non viables à long terme et les enfants auprès desquels on arrive trop tard.

13°- Enfin reste la surveillance des parturientes dont la grossesse présente un haut risque de mortalité foetale.

Dans notre série, 75 p.cent (3 enfants morts-nés sur 4 cas) de mortalité foetale chez les parturientes non suivies lors de la gestation. Il reste à souhaiter, au moins pour les grossesses à haut risque élevé, que les consultations pré-natales soient multipliées pour agir en temps opportun et diminuer la mortalité foetale et améliorer ainsi le pronostic foetal.

Vu :

Vu :

Le Président :

Le Doyen :

Signé : P. MORIN

Signé : J.J. BERNIER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- :-

- ANDREUCCI D.
Accouchement spontané diaplacentaire d'un enfant vivant.
Zbl. Gyn. 18 juil. 1964, 86, n°29, 1021-1025 (Bibliogr.).
- BAJARDI F. et PLOTHO B.
Accouchement spontané transplacentaire dans un placenta praevia centralis.
Geburtsh. Frauenh., déc. 1964, 24, n°12, 1111-1114 (Bibliogr.).
- BARRIER Geneviève
A propos de la réanimation des nouveau-nés en salle de travail.
Gyn. Obst. 1969, 21, n°4, 372-373.
- BELFORT de AGUIAR P., BARCELLOS J.M. et AMARAL L.B.D.
Placenta praevia et décollement précoce avec survie du fœtus. C.R. d'un cas.
Rev. Gyn. et Obst., nov.1959, 105, n°5 563-566 (résumé français).
- BERTRAND, TORRE, LEROY, CRIMAIL, GUILLAU, MINER, MICHELON
Schéma de réanimation du nouveau-né en salle de travail.
Gyn. Obst. 1969, 21, n°2, 126-129.

- BONAPOS M., SERFATI M. et Le CANNELIER R.
Un pronostic foetal dans le placenta
praevia. Gyn. Obst., 1953, 5, n°4,
436-437.
- BONIVART A. et KNEISZL F.
Accouchement spontané dans un cas de pla-
centa praevia central.
Zbl. Gyn. 10 sept. 1960, 82, n°37,
1433-1436 (Bibliogr.).
- BURGER G., KRAUSS A. et ARNHOLTER U.
Fréquence des malformations de l'enfant
dans le placenta praevia.
Zbl. Gyn., 1er juin 1968, 80, n°22,
763-767 (Bibliogr.).
- BUTLER N.R. et MARTIN J.D.
L'anémie du nouveau-né consécutive à un
"placenta praevia" antérieur.
Brit. Med. J., 18 déc. 1964, n°4902,
1455-1457 (Bibliogr.).
- COTTEEL P., COTTEEL-FOLLIOT S. et SCHMARTZ J.
Placenta praevia central : accouchement
spontané transplacentaire ; présentation
de pièce.
Gyn. Obst., 1952, 4, n°4, 725.
- DILL L., SHEFFERY J., WILLSON P.
Mortalité foetale par rapport au mode
d'accouchement des malades porteuses de
placenta praevia.
Am. J. Obst. Gyn. oct. 1949, 58, n°4,
738-742 (Bibliogr.).
- DUCAS P. et SANTARELLI L.
Les facteurs de mortalité périnatale de
62 placenta praevia suivis à la Maternité
de l'Hôpital Saint-Antoine ces cinq der-
nières années. Déductions thérapeutiques.
Méd. Infant., 1965, 72, 585-596.

- DUPIRE Ch.
Contribution à l'étude du pronostic maternel et foetal du placenta praevia hémorragique.
Thèse Lille, 1964.
- FEHROLZ J.
Place et indications de l'opération césarienne dans le traitement du placenta praevia hémorragique. Son incidence sur le pronostic foetal. A propos de 45 observations cliniques.
Thèse Paris, 1961, n°268, 49 pages.
- GANAPOULOS C.
L'hémorragie du foetus dans le placenta praevia.
Rapports au IIIe Congrès mondial de Gynécologie, Vienne, 1961, sept. 3-9. Congressprint Romayor, édit. Vienne, 1961, 2, 474 (texte allemand).
- GELLE P. et LECLERCQ J.
Sur un cas d'accouchement transplacentaire spontané avec enfant vivant.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. avril-mai 1963, 15, n°2, 180.
- GREENHILL J.P.
La fréquence croissante des anormalités foetales dans les cas de placenta praevia.
Am. J. Obst. gyn. av. 1939, 37, n°4, 624-633.
- HARTEMAN J., DELLESTABLE P. et PIERRE A.
L'anémie des enfants de placenta praevia.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Langue française, 1962, 62, 422-424.
- HERVET E. & HENRION R.
Anomalies de l'insertion interne de l'oeuf. Placenta praevia.
EMC, Obst. FAS, 5069, Alo,5, 1961, p.7.

JOPP H. et KRONE H.A.

Rapports entre poids de l'enfant et poids du placenta dans le placenta praevia. (Problème du développement du fœtus dans le placenta praevia). Geburtsh. Frauenh., av. 1966, 26 k n°4, 403-408 (Bibliogr.).

- KORANYI G. et TOTH M.

Placenta praevia et anémie hémorragique néonatale. Minerva ped. 2 juin 1967, 19, n°22, 1063-1065 (Bibliogr.).

- KRUGER G.

Accouchement spontané dans un placenta praevia total. Zbl. Gyn., 18 juil. 1964, 86, n°29, 1019-1021.

- KLINBERG K.K.

Un cas rare d'accouchement spontané au travers d'un placenta praevia central. Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1962, n°6, 110.

- LANTUEJOUL P. et HERAUX A.

L'anémie du nouveau-né dans le placenta "praevia". Bull. Acad. Nat. Méd. 4 et 11 juil. 1950, 134, n°23-24, 460-461.

- LECOMTE R.

Un cas de mort fœtale par rupture d'un vaisseau praevia (Hémorragie de Bensiker). Bruxelles méd. 20 mars 1960, 40, n°12, 413-416 (Bibliogr.).

- LYONNET R.

A propos du pronostic fœtal dans les hémorragies du placenta praevia traitées chirurgicalement. Gynec.Obst. 1948, 47, n°6 bis, 1174-1176.

- MACAFER C.H.G., MILLAR W.G. et HARLEY G.
La mortalité foetale et maternelle par
placenta praevia.
J. Obst. Gyn. Brit. Common., av. 1962
69, n° 2, 203-212, 11 tableaux (Bibliog.)

- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Placenta praevia. Précis d'Obstétrique
286-293 - Masson et Cie, 1967

- NISWANDER K.R. et coll.
Morbidité foetale dans des conditions d'
anoxie. II - Placenta praevia.
Am. J. Obst. 15 juil. 1966, 95, n° 6
846-852 (Bibliogr.)

- NESBITT R.E.L., jr., YANKAUSER A., ALLAWAY N.C.
et SCHLESINGER E.R.
Recherche des taux de mortalité périnatale
associés à un placenta praevia dans l'Etat
de New-York, 1942-1958.
New England, J. Méd. 23 août 1962, 267, n°
8, 381-386, 6 t bleaux (bibliogr.)

- PALLIEZ R. et coll.
Contribution à l'étude du pronostic des
hémorragies par insertion basse du placenta
(chez la mère et le foetus).
Gyn et Obst. août-oct. 1970, 69, n° 4,
309-324, 8 fig. (Bibliogr.)

- PEDOWITZ P.
Placenta praevia
Am. J. Obst. Gyn. 1 sept. 1965, 93,
n° 1, 16-25, 14 tabl. (Bibliogr.)

- PIGEAUD, VUAGNAT et BOHE
Anémie grave chez un nouveau-né dont la
mère présentait un placenta praevia avec
hémorragie grave.
Gyn. Obst. 1949, 1, n° 5, 518-519.

- RAMZIN M.
Comportement du nouveau-né après placenta praevia et détachement prématuré du placenta.
Gynaecologia, 1968, 166, n°2, 221-227
6 fig. (Bibliogr.) (résumé français).
- RENAUD R., GANDAR. R., VETTER B., CHESNET Y.
et RENAUD L.
Traitement de la menace d'accouchement prématuré par l'Isoxsuprine.
Gyn. Obst. 1967, t.66, n°5, p.627-640.
- RIVIERE M., MAHON R., CHASTRUSSE L.,
DUBECQ J.P. et MONDON H.
200 cas d'hémorragie par insertion basse.
Pronostic maternel et foetal.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. av.mai 1958,
10, n°2, 182-183.
- SERFATI H.
Du pronostic foetal dans le placenta praevia.
Thèse Alger, 1953, n°14, 67 p.dact.
- SAINT MARTIN J. et HUAULT G.
Réanimation de l'enfant à la naissance.
Obst. FHS 5 114 L 10 1970, p.1-8.
- VARANGOT J.
Progrès en obstétrique.
Editions Méd. Flammarion 1970.
- WAAS G.
Accouchement transplacentaire spontané d'un enfant vivant.
Zbl. Gyn. 28 mai 1960, n°22, 827-832, 4 fig.
- WILLIAMS G.L.
Récidive de placenta praevia dans 4 grossesses consécutives.
J.Obst.Gyn. Brit.Commonw., août 1967, 74,
n°4, 609-610 (Bibliogr.).

RESUME DES OBSERVATIONS

-:-

L'année 1962

92 Mme CAV... Henriette - âgée de 36 ans -
IIIe Pare et Geste.

Accouchement le 13.1 par césarienne d'emblée à
7 mois ½ pour placenta praevia latéral et hémor-
ragie brutale.

Métrorragies répétées au cours de la grossesse
le 8.1 et 13.1.

A eu 3 flacons de sang.

L'enfant Henry pesait 2 000 g à la naissance
mais est décédé 6 heures après la naissance mal-
gré la vitamine K₁ solucamphre et gardénal sodi-
que.

97 Mme FRAN ... Germaine - Age : 38 ans ½
VIIe Pare et Geste

Accouchement le 13.1 par césarienne d'emblée
à terme en début du travail pour présentation
transversale et placenta praevia latéral.

L'enfant Joël pesait 3 540 g.

747 Mme DIE ... Georgette - Age : 28 ans -
IVe Pare - et VIe Geste

dont 2 fausses couches curetées.
Accouchement le 2.4. à 6 mois 1/4.

La parturiente n'a pas été suivie dans le ser-
vice.

Elle a reçu 1 flacon de sang.

L'enfant est un mort-né. Il pesait 1 560 g et est né par siège décomplété.

Le petit côté était égal à 0.

804 Mme RAB ... Josiane, Age : 27 ans

IVe Pare et Geste

Accouchement le 9.4. à 7 mois 1/4

Il existait une hypertension artérielle à 17/12 et de l'albuminurie.

L'enfant est un mort-né de 1 700 g. Il avait deux circulaires très serrées au tour du cou.

919 Mme BRE ... Gisèle - Age 34 ans

IIIe Pare - IVe Geste.

Accouchement le 22.4. par césarienne pour placenta praevia pour placenta recouvrant à 7 mois.

- Métrorragies répétées à 3 mois de la gestation et le 22.4.

- A reçu 4 flacons de sang.

L'enfant est un mort-né. Elle pesait 1400 g.

1036 Mme NER ... Amélie - Age 41 ans -

Xe Pare et Geste.

Institutrice en Guyanne

Césarienne à 8 mois pour procidence du cordon, placenta latéral et pertes de sang en début du travail suivie de ligature des trompes.

Cette parturiente a eu 4 césariennes antérieures pour 4 placenta praevia.

Métrorragies à partir du 7e mois et est hospitalisée.

L'enfant : Christiane est née vivante pesant 2 300 grammes. Anémie

Numération :

3 200 000 G.R./mm³.

1380 Mme PRO ... Paulette - Age 33 ans
IIe Pare - IVe Geste
dont une fausse couche curetée.

Césarienne le 15.6 pour présentation transversale et placenta praevia latéral à 7 mois $\frac{1}{2}$.

L'enfant pesait 2 350 g à la naissance.

1544 Mme GUE ... Denise - Age 26 ans -
IIIe Pare et Geste

Césarienne systématique le 4.7. pour placenta praevia central à 8 mois $\frac{1}{2}$ et 1 césarienne antérieure.

- Métrorragies répétées le 17.6 et le 4.7.

- A reçu 2 flacons de sang.

L'enfant pesait 3 500 g - vivant.

1599 Mme CAN ... Denise - Age 31 ans
IIIe Pare - et Geste

Accouchement le 10.7 à 8 mois $\frac{1}{4}$.

Le petit côté est égal à 0.

L'enfant Camille pesait 2 800 g.

2167 Mme MED ... Rose - Age 37 ans -
Ve Pare et Geste

Césarienne systématique le 17.9 pour placenta latéral itératif et une césarienne antérieure.

Métrorragies répétées le 2.9 et le 17.9.

L'enfant à terme, Philippe, pesait 3 110 g à la naissance.

2506 Mme ESU ... Colette - Age 23 ans
Ie Pare - IIe Geste dont une fausse couche curetée.

Césarienne le 26.10 pour placenta praevia latéral à 7 mois.

L'enfant, Corinne, pesait 1780 g.

2603 Mme FOU ... Louise - Age 41 ans
IIIe Pare et Geste

Césarienne le 11.11 pour placenta praevia latéral, un hématome rétro-placentaire et 2 myomes (la myomectomie a été faite) à 6 mois é d'après la hauteur utérine.

La parturiente n'a pas été suivie lors de sa grossesse.

Elle entre dans le service avec une barre épigastrique. Tension artérielle 17/8 et un utérus tendu.

L'enfant est mort-né, pesant 650 grammes.

L'année 1963

150 Mme VIC ... Mercédès - Age : 34 ans
Ie Pare et Geste

Césarienne le 18.1 pour placenta praevia latéral avec métrorragies en tout début de travail au terme de 8 mois 2/3.

L'enfant Luis pesait 2 170 g, décédé à la 10e minute après désobstruction, oxygène et injection d'oxy pinocamphone.

1099 Mme NOI ... Suzanne - Age 40 ans -
Ve Pare et Geste

Césarienne le 9.5 pour placenta praeiva latéral avec hémorragie en tout début de travail au terme de 7 mois ½.

Métrorragies répétées le 14.3 et 22.4 et 9.5.
L'enfant, Victor, pesait 2 300 g.
Anémie - G.R. : 3 000 000.

2124 Mme BEA ... Léone - Age 34 ans
IIIe Pare - IVe Geste

Accouchement le 27.8 pour placenta marginal
et hémorragies en tout début de travail après
2 heures de perfusion de post-hypophyse (5 uni-
tés dans 500 cc de glucose isotonique) pour
peu de progression de dilatation (OI DP OP).
Le petit côté était inférieur à 10 centimètres.
L'enfant, Pascale, était vivante et pesait
2 840 g à la naissance.

2153 Mme MER ... Lilliane - Age 34 ans
Ve Pare - VIe Geste

L'accouchement est à terme le 31.8.
Métrorragies en mai et juin
Le petit côté est égal à zéro.

L'enfant, Nathalie, vivante, pesait 3 440 g.

2353 Mme VIL ... Lilliane - Age 23 ans
IIe Pare et Geste

Expulsion le 21.9 d'un foetus féminin pesant
540 g au terme de 5 mois - Révision utérine.

Métrorragies le 2e mois et le 4e mois. Le pe-
tit côté mesurait 2 centimètres environ.

L'année 1964

134 Mme GOU ... Patrice - Age 30 ans
IVe Pare et Geste

Accouchement le 15.1 au terme de 7 mois. Pla-

centa latéral décéla au toucher vaginal.
Délivrance naturelle douteuse nécessitant une révision utérine.

L'enfant, un garçon, pesait 1 750 g.

157 Mme HAM ... Maire - Age 34 ans
IVe Pare - VIe Geste dont une fausse couche
est curée.

Accouchement le 17.1 au terme de 8 mois 1/4
pour placenta latéral.

L'enfant Malika vivante pesait 2 860 g et
décédée 8 minutes après la naissance malgré ½
de vitamine K₁, oxygène.

L'examen macroscopique a montré une absence totale des membranes sur les trois quarts du bord placentaire.

634 Was Zak ... Age 40 ans -
IVe Pare - Xe Geste ayant un seul enfant
vivant.

Césarienne le 15.3 pour siège complet et placenta praevia latéral chez cette parturiente qui a subi un curetage du col au terme de 7 mois. Comme antécédent notable : un forceps en 1960 sur un prématuré de 6 mois 1/3, pesant 160 g qui a décédé et une césarienne antérieure en 1955 pour placenta praevia latéral à 7 mois.

L'enfant, Madeleine, pesait 2 100 g à la naissance.

893 Mme WIL ... Yvette - Age 24 ans
IIe Pare et Geste

Accouchement le 12.4 au terme de 7 mois ½ pour un placenta praevia latéral.

Le petit côté est inférieur à 10 centimètres.

L'enfant, Christian, pesait 2 240 g.

1145 Mme ROM ... Henriette - Age 39 ans
Ve Pare et Geste.

Césarienne à terme pour un placenta praevia marginal.

A reçu 3 flacons de sang

L'enfant, Emile, pesait 2 460 g à la naissance.
Il décède par défaillance cardiaque dont l'évolution a été rapide : 36 heures.
Il avait un aspect mongoloïde.

1150 GEF ... Françoise - Age 19 ans -
Ie Pare et Geste

Accouchement le 13.5. après 2 heures de perfusion de Syntocinon (5 unités dans 500 cc de sérum glucosé isotomique).

Il existait un placenta praevia latéral et un hématome rétro-placentaire. Délivrance maternelle douteuse nécessitant une révision utérine.

L'enfant mort-née de sexe féminin pesait 1480 g.

1306 LAB ... Mariane - Age 26 ans -
Ie Pare et Geste

Accouchement le 30 mai au terme de 7 mois 3/4
Le petit côté est inférieur à 10 centimètres.
L'enfant Michel pesait 1900 g.

1498 DUL ... Odette - Age 38 ans
VIe Pare et Geste

Accouchement le 17.6 au terme de 6 mois pour placenta praevia marginal.

Métrorragies répétées en février - avril - mai et 9 juin.

Il existait un hématome rétro-placentaire. L'enfant Jean-Marie pesait 1100 g est décédé le jour même malgré l'oxygène, désobstruction méso-pharyngé et $\frac{1}{2}$ milligramme de vitamine K₁. Une radio pulmonaire a montré une inhalation du liquide amniotique.

1522 JUI ... Rolande - Age 26 ans -
IVe Pare et Geste

Césarienne le 28.6 pour un placenta praevia latéral au terme de 8 mois.

La parturiente n'a pas été suivie lors de sa grossesse.

L'enfant, Christine, pesait 2 340 g.
Anémie : G.R : 2 800 000.

2093 ANS ... Raymonde - Age 27 ans
IIIe Pare et Geste

Accouchement le 5.9 à 6 mois 1/4.

Le petit côté est inférieur à 10 centimètres. Délivrance artificielle simultanée et révision utérine.

L'enfant, de sexe féminin, mort-née, pesait 1300 g et est née en siège décomplété.

2116 bis DON ... Chantal - Age 19 ans
IIe Pare et Geste

Grande extraction exécutée le 10.9 pour hémorragie au terme de 6 mois.

Le petit côté est inférieur à 10 centimètres. L'enfant de sexe masculin est mort-né, accouchant par le siège.

La parturiente n'a pas été suivie lors de sa grossesse.

3180 LEM ... Lucienne - Age 31 ans
IVE Pare et Geste

Césarienne le 15.10 pour placenta praevia
central et présentation transverse au terme de
8 mois.

Vomissement gravidique jusqu'au 3e mois.
L'enfant, Magali, pesait 3180 g -
Anémie : 2 750 000

L'année 1965

29 RIC ... Gisèle - Age 23 ans
IIIe Pare et Geste

Accouchement le 5.1 au terme de 7 mois.
Placenta découronné sur 15 centimètres - gros
cotylédon avec profonds sillons.

L'enfant, Alain, pesait 2 280 g.

390 COS ... Rose Marie - Age 37 ans
IIIe Pare et Geste

Césarienne à 7 mois $\frac{1}{2}$ pour placenta praevia
recouvrant.

Métrorragies le 4e, 6e et 7e mois.
A reçu 2 flacons de sang.

L'enfant, Carole, pesait 2 340 g -
Anémie : G.R. 3 100 000.

537 BRA ... Liliane - Age 35 ans
IIIe Pare et Geste

Césarienne itérative décidée en urgence chez
une parturiente rhésus négatif non suivie régu-
lièrement devant la souffrance foetale (Bruits
du coeur ont cessé de battre).

Il s'agissait d'une grossesse dont le terme a dépassé de 15 jours et un placenta praevia latéral.

Comme antécédents : 2 césariennes antérieures, 1 seul enfant vivant.

L'enfant de sexe féminin pesait 3 520 g et présentait quelques lividités au visage.

583 LAR ... Monique - Age 28 ans
IVe Pare et Geste

Accouchement le 14.3 à terme.

Un placenta praevia latéral, révision utérine à cause de la délivrance maternelle douteuse.

L'enfant, Christine, pesait 3 820 g.

La mère a décédé d'un syndrome fibrinolytique, malgré les onze millions d'Iniprol, les 4 grammes d'hémocaprol, les 3 flacons de sang iso-groupe - iso rhésus.

613 JOU ... Joséphine - Age 40 ans
VIIe Pare - Ve geste
dont une fausse couche curetée.

Césarienne le 18.3 pour placenta praevia recouvrant au terme de 8 mois ½.

L'enfant, Marc, pesait 2 640 g.

1410 ROU ... Monique, Age 27 ans -
Ie Pare et Geste

Césarienne prévue mais décidée en urgence pour début du travail au terme de 8 mois 1/4.

Cette parturiente souffrait d'une cardiopathie associant une communication inter-auriculaire et inter ventriculaire.

Une ligature des trompes a été pratiquée.

L'enfant, François, pesait 2 560 g.

1457 MOL ... Conception - Age 31 ans
IIe Pare et Geste.

Césarienne pour placenta praevia latéral et présentation transversale et hémorragie importante ayant nécessité 4 flacons de sang le 12.7 au terme de 8 mois 3/4.

L'enfant, Juan, pesait 3 600 g.
Anémie : 2 900 000 G.R.

1468 GOI ... Marylin - Age 33 ans
IVe Pare et Geste

CCésarienne itérative pour placenta praevia latéral au terme de 8 mois 1/2 le 1.7.

Antécédents : 2 forceps et une césarienne antérieure.

L'enfant, Véronique, pesait 2 850 g.

1717 CHE ... Alice Age 34 ans -
IIIe Pare et VIe Geste dont 3 fausses couches curetées.

Césarienne pour placenta praevia latéral et présentation transversale au terme de 7 mois le 31.7. Délivrance artificielle et révision utérine.

L'enfant de sexe féminin est mort-née pesant 1 650 g.

1803 BOU ... Jeannine - Age 30 ans
IIIe Pare et Geste.

Césarienne systématique pour un enfant précieux et un placenta praevia recouvrant le 10.8.

A reçu 2 flacons de sang.

Antécédent : 2 enfants dont l'un présente un

retard psycho moteur avec quadriplégie à la suite d'une extraction par forceps.

L'enfant, Christophe, pesait 2 400 g, présentait 2 circulaires serrées, est décédé le 2e jour d'une membrane hyaline qui n'a pas été confirmée à l'anatomo-pathologie.

1978 BAL ... Claudine - Age 29 ans
Ile Pare et Geste

Accouchement le 30.8 au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$.
Accouchement pratiqué sous gamma-OH et après 20 minutes de perfusion de Syntocinon. Il s'agissait d'un placenta praevia marginal et sinus marginal.

L'enfant, Bérangère, est née étonnée, pèse 1 810 g et est décédée le premier jour.

2006 NOU ... Josiane - Age 35 ans -
IIIe Pare et Geste

Césarienne le 3.9 pour un placenta praevia central au terme de 7 mois.

Métrorragies depuis le 1er mois.

A reçu 4 flacons de sang.

L'enfant, mort-née, est de sexe féminin, pesait 1 680 g.

2085 LUI... Renée - Age 28 ans
Ie Pare et Geste

Césarienne le 11.9 pour placenta praevia latéral et présentation transverse au terme de 6 mois $\frac{3}{4}$.

A reçu 1 flacon de sang.

L'enfant, Jean Pascal, pesait 1 440 g, décédait le 3e jour pour maladie hémorragique.

2229 LAC ... Geneviève - Age 30 ans
IIe Pare et Geste

Césarienne le 27.9 pour souffrance foetale
et placenta praevia recouvrant au terme de
8 mois.

A reçu 1 flacon de sang.

L'enfant, Jean-François, pesait 2 500 g.
Anémie : G.R. 2 600 000.

2356 DEM ... Marie-Lise - Age 17 ans
Ie Pare et Geste

Accouchement le 14.10 au terme de 8 mois.
A reçu un flacon de sang.

Le petit côté mesurait inférieur à 10 centi-
mètres. Délivrance maternelle douteuse - révi-
sion utérine.

L'enfant, François, pesait 2 700 g.

2590 MAU ... Monique - Age 36 ans
VIIe Pare - Xe Geste dont deux fausses
couches curetées.

Accouchement le 13.10. après une perfusion
de largactil dans du sérum glucosé pour hyper-
tension artérielle (18 ½/12) - Albuminurie :
1 gramme.

Le diagnostic d'hématome rétro-placentaire
a été confirmé par la cupule retrouvée sur le
placenta. Le petit côté est presque inexistant.
Révision utérine.

L'enfant mort-né est de sexe masculin, pesait
2 700 g. L'anatomo-pathologie a été faite ne
retrouvant que des foyers d'héniatopoïse au
foie et des congestions vasculaires pulmonaires.

2634 AVR ... Marie Antoinette - Age 31 ans
IIe Pare et Geste

Césarienne le 18.11 pour placenta praevia recouvrant saignant en tout début de travail.

L'enfant, Paul, pesait 2 960 g.

2661 PAC ... Josette - Age 34 ans -
IIIe Pare et Geste

Accouchement le 22.11. Le petit côté mesurait inférieur à 3 centimètres. Il s'agissait d'un siège complet.

L'enfant, Patricia, au terme de 8 mois, pesait 2 600 g.

Anémie : G.R. 2 600 000.

L'année 1966

74 Mme NEB ... Nicole - Age 21 ans -
IIe Pare et Geste

Césarienne le 11.1 pour placenta praevia central au terme de 8 mois.

Métrorragies 2 à 3 semaines avant la césarienne.

A reçu 3 flacons de sang.

L'enfant, Caroline, pesait 2 920 g.

Anémie : G.R. 2 750 000.

Un mois après un électro-encéphalogramme a été pratiqué devant les troubles neurologiques qui concluait : ainsi "Anomalies d'origine profonde à expression diffuse à caractère paroxystique dégradé. Pas de signes de latéralisation".

542 MAT ... Josette - Age 24 ans
Ie Pare et Geste

Césarienne pour placenta praevia siégeant à la face postérieure du segment inférieur et hémorragie en début du travail au terme de 8 m $\frac{1}{2}$ le 14.3.

Métrorragies depuis 7 mois $\frac{2}{3}$.

L'enfant, Françoise, pesait 3 630 g.

Anémie : G.R. 2 590 000.

814 TOU ... Renée - Age 32 ans
Ve Pare et Geste

Césarienne le 14.4 pour placenta praevia central, hémorragique à 7 mois $\frac{3}{4}$.

A reçu 5 flacons de sang.

L'enfant, Claude, pesait 2 500 g.

1179 ANN ... Nadine - Age 25 ans
Ie Pare et Geste

Césarienne le 1.6 pour placenta praevia latéral et procidence du cordon au terme de 7 mois. Métrorragies le 29.5.

L'enfant, Jérôme, pesait 2 000 g à la naissance. 4 jours après la naissance, l'enfant fait un ic-tère et vomit (vomissements bilieux).

Cet enfant a été transfusé trois fois et le 11.6 devant un syndrome occlusif, il a été envoyé à l'hôpital Bretonneau pour intervention. Il décède 48 heures après celle-ci.

1186 SAI ... Marie -vAge 35 ans
Ve Pare et Geste

Accouchement le 1.6 au terme de 8 mois d'un

enfant Elisabeth qui pesait 3 240 g en siège décomplété.

Il s'agissait d'un placenta praevia marginal.

1237 CHE ... Gisèle - Age 28 ans

IIIe Pare et Geste

Césarienne itérative le 7.6 à 7 mois $\frac{1}{2}$ pour hémorragie et hypertonie utérine faisant évoquer un placenta praevia latéral et une rupture utérine.

La césarienne a montré une déhiscence au niveau de la cicatrice se prolongeant des 2 côtés loin en arrière.

Une hystérectomie se discutait. Cependant la ligature des trompes avec résection a été pratiquée.

A reçu 3 flacons de sang.

Antécédents : Césarienne en mars 64 pour dystocie dynamique et une autre en avril 65.

L'enfant pesant 2 250 g de sexe féminin est mort-née. La mort est récente : enfant bleue - non atone.

1412 PAR ... Geneviève - Age 19 ans -

Ie pare et geste

Césarienne le 29.6 pour placenta praevia marginal post. au terme de 8 mois.

Modification des bruits du coeur ayant motivé cette césarienne.

A reçu 4 flacons de sang.

L'enfant, Anna, pesait 2 420 g.

2037 MAL ... Colette - Age 33 ans

Ie Pare et Geste

Accouchement à terme le 28.9 d'un enfant Christophe, pesant 3 300 g.

Métrorragies en début de grossesse puis le 31.8 et le 8.5.

Le petit côté était inférieur à 3 centimètres.

Insertion para centrale du cordon.

2080 ARR ... Ceferina - Age 34 ans -
IVe Pare et Geste

Une grande extraction est effectuée sur un enfant mort-né pesant 2 880 g au terme de 8 mois $\frac{1}{2}$.

La présentation était transversale.

Le placenta praevia était marginal antérieur.

Révision utérine.

La parturiente a saigné avant le travail et au tout début du travail.

L'anatomopathologie de ce mort-né n'a rien révélé alors que macroscopiquement il existait une discrète hyperplasie des surrénales.

2656 BRT ... Malika - Age 27 ans
Ie Pare et IIe Geste

Accouchement le 23.12 d'un enfant Noël pesant 1 100 g par un siège décomplété au terme de 5 mois. Le terme en fait est douteux.

Cet enfant est décédé 3 heures quarante cinq minutes après sa naissance.

La parturiente a reçu 4 flacons de sang.

L'année 1967

516 MAR ... Marie Paule - Age 20 ans -
IIe Pare et Geste

Accouchement le 11.3 d'un enfant, Frédérique, pesant 1 520 g au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$. Délivrance maternelle douteuse - Révision utérine.

Cette enfant était anémiée - G.R. 2 210 000 et a été transfusée. Elle avait une circulaire brèche.

La mère a reçu 1 flacon de sang.

Métrorragies le 6.3. et le 11.3. Le placenta praevia était postérieur.

542 HAR ... Simone - Age 36 ans ½
Ve Pare et Geste

Accouchement le 16.3 d'une fille, Valérie,
pesant 2 840 g au terme de 8 mois.

Le petit côté était inférieur à 10 centimètres.
Antécédent : Forceps en 63.

825 VIG ... Yolande - Age 18 ans
IIe Pare et Geste

Accouchement le 25.4 d'un garçon qui a décédé
10 minutes après la réanimation. Il pesait
2 080 g au terme de 6 mois ½.

La mère a reçu 2 flacons de sang.

Il s'agissait d'un placenta marginal.

Métrorragies le 24.4.

872 KRK ... HAYRJA - Age 25 ans
Ie Pare et Geste

Accouchement d'un garçon le 1.5, Fickret,
pesant 4 240 g à terme. Délivrance artificielle
pour un décollement du placenta et choc.

La mère a reçu 2 flacons de sang. Le petit côté
était inférieur à 10 centimètres.

Anémie foetale : G.R. 2 800 000.

1186 HEN ... Maria - Age 26 ans
Ie Pare et Geste

Accouchement le 14.6 par forceps Tarnier pour
souffrance foetale en début d'expulsion se manifestant
par liquide méconial teinté et bruits du coeur modifiés à terme.

L'enfant Louis pesait 3 720 g.

Le placenta praevia était latéral.

1294 KLE ... Danielle - Age 34 ans
IIe Pare, IVe Geste

Césarienne le 29.6 pour placenta praevia antérieur et présentation transversale à terme.

L'enfant, Christian, pesait 4 080 g.
Métrorragie le 20.5 et 29.6.

2232 HAM ... Tassadit - Age 43 ans -
VIIIe Pare et Geste

Accouchement le 9.11 au terme de 6 mois.
Métrorragies depuis le 4e mois.

L'enfant, Sadir, pesait 1 440 g est décédé
48 heures après la naissance.

Il était né par siège complet et était anémié,
Globules rouges : 3 000 000.

La mère a reçu 2 flacons.

2264 DAU ... Gisèle - Age 39 ans -
Ie Pare et Geste

Césarienne systématique le 14.11 pour placenta praevia latéral, présentation transversale et utérus fibromateux à terme.

Métrorragies à partir du 8e mois.

L'enfant, Louise, pesait 2 550 g.

2463 SAB ... Simone, Age 36 ans -

IIe Pare et Ve Geste dont 3 fausses couches curetées qui étaient spontanées et une césarienne antérieure pour bassin limite en 1963.
Césarienne itérative le 15.12 au terme de 7 mois.

L'enfant, Valérie, pesant 1 480 g est décédée le jour même de la naissance.

La mère a reçu 4 flacons de sang.

Le placenta praevia est marginal. La présentation est transversale.

L'année 1968

362 MER ... Cécile - Age 30 ans
IIe Pare et Geste

Accouchement le 19.2 au terme de 6 mois $\frac{1}{2}$ d'un garçon, Olivier, pesant 1 400 g avec un cordon en écharpe serré qui était décédé le 9e jour par inondation broncho-canalaire par du méconium. Le placenta praevia était latéral.

Métrorragies 3 semaines avant l'accouchement, au début du travail et après l'accouchement ayant nécessité 5 flacons de sang iso-groupe iso-rhésus, de 150 milligrammes d'hémi-succinate d'hydrocortisone et une perfusion de glucosé isotonique (500 cc).

605 MON ... Faron - Age 18 ans
Ie Pare et Geste

Accouchement le 28.3 au terme de 7 mois d'un garçon, Jean-Paul, pesant 2 140 g dont l'Apgar était à 10.

Métrorragies le 22.3, le 26.3 et le 28.3.

On retrouve une cupule latérale sur le placenta mesurant 6x3 centimètres.

658 DRA ... Maria - Age 23 ans
IIe Pare et Geste

Accouchement le 4.4. à terme d'une fille pesant 2 300 g dont l'Apgar 7 à la naissance puis 10 à la dixième minute.

Le placenta praevia est égal à zéro.

La mère a reçu un flacon de sang.

L'enfant est anémiée (Globules rouges 3 940 000) a été transfusée.

849 ATT ... Yvonne - Age 32 ans -
IXe Pare et Geste

Césarienne le 27.4 au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$ d'un mort-né de sexe masculin pesant 2 800 g.

Il existait un hématome rétro-placentaire.
Une ligature des trompes a été pratiquée.
Le placenta praevia est marginal antérieur.

934 KAM ... Sylvie - Age 36 ans
IVe Pare et Geste

Accouchement le 11.5 d'un garçon, Eric, pesant
3 120 g à terme dont l'apgar était 10.
Le petit côté mesurait inférieur à 3 centimètres.

987 MAV... Jeanne - Age 35 ans
IIe Pare - IVe Geste dont une fausse cou-
che est curetée et un forceps.

Déclenchement de l'accouchement par une per-
fusion de la post-hypophyse (5 unités dans
500 cc de glucosé isotonique) entraînant un ac-
couchement d'une fille, Sylvie, pesant 1 650 g
au terme de 8 mois $\frac{1}{2}$.

Cette fille avait une hypertrophie des grandes
lèvres, était anémiée (Globules rouges :
2 510 000), avait reçu un flacon de sang.

Le placenta praevia mesurait moins de 10 centi-
mètres.

Métrorragies le 13.5 et le 18.5.

99 bis GIL .. Solange - Age 25 ans
IIIe Pare et Geste

Accouchement le 20.5 d'un garçon mort-né,
macéré pesant 1 000 g au terme de 8 mois. La
révision utérine a confirmé l'insertion basse
du placenta qui est dégénéré.

La grossesse a été interrompue à 7 mois $\frac{1}{2}$
confirmée par les dosages hormonaux qui étaient
bas.

Métrorragies le 7e et le 8e mois.

1010 HAG ... Jacqueline - Age 31 ans
Ie Pare et Geste

Césarienne pour myome et bassin limite au ter-

me de 8 mois.

Cette parturiente était sourde-muette à 28 ans à la suite d'une méningite à ?

L'enfant Philippe pesait 1 960 g dont l'apgar était 9 à la naissance puis à 10 à la 5e minute et 10e minute était atteint d'un hypospadias.

Le petit côté mesurait moins de 10 centimètres.

1152 TRU ... Suzanne - Age 37 ans

Ile Pare et Geste dont un forceps antérieur.

Césarienne pour myome praevia suivie d'une hystérectomie avec conservation des annexes. L'hystérectomie était justifiée par l'état local de la face antérieure de l'utérus.

Le terme était de 8 mois $\frac{1}{2}$.

L'enfant, Angélique, pesait 3 270 g, avait 4 d'apgar, a été réanimée. A la 5e et 10e minute l'apgar était à 10.

1613 HUR ... Lucette - Age 24 ans

Ile Pare et Geste

Césarienne le 4.9 pour placenta praevia latéral et modification des bruits du coeur foetal au terme de 8 mois. L'enfant, Olivier, pesait 2 500 g et avait 10 comme Apgar.

La parturiente a saigné au 7e et 8e mois.
Anémie foetale : 2 900 000 G.R.

1713 BAI ... Arlette - Age 22 ans

Ile Pare - Ile Geste dont une fausse couche curetée.

Accouchement par forceps Suzor le 21.9 au terme de 8 mois pour souffrance foetale et placenta praevia latéral droit. Cette parturiente avait une tension égale à 15,5/9,5.

L'enfant Murielle pesait 2 240 g, avait à la naissance un apgar égal à 3 - 5 minutes après la naissance, l'apgar reste à 5. Puis l'état gé-

néral s'améliore.

Deux électro-encéphalogrammes ont été faits le 4.10 et le 3.11 qui concluent ainsi : "oscillations lentes de survenue intermittente au niveau de l'hémisphère droit." Elle quitte le service avec un état psychomoteur très précaire.

2180 LEC ... Annick - Age 22 ans
Ie Pare - Ie Geste.

Césarienne systématique pour un placenta praevia marginal antérieur localisé isotopiquement et une présentation transversale. AU terme de 8 mois $\frac{1}{2}$ la parturiente a reçu un flacon de sang. L'enfant, Anne, pesait 3 060 g et avait un Apgar égal à 10.

L'année 1969

15 BEL ... Joëlle - Age 22 ans
Ie Pare et Geste

Césarienne systématique au terme de 8 mois $\frac{1}{2}$ pour présentation du siège complet, bassin limite, dystocie dynamique, hémorragie en début du travail le 3.1. Le placenta praevia était inséré bas et postérieur. L'enfant Dalila pesait 3 190 g et avait 10 pour Apgar.

145 PRE ... Paulette - Age 28 ans
IIIe Pare et Geste

Accouchement le 21.1 d'une fille Sylvie pesant 2 340 g avec deux circulaires serrées du cordon et dont l'apgar était à 10 à la naissance au terme de 7 mois $\frac{2}{3}$.

Le placenta praevia était marginal et a été localisé à l'isotopie.

Métrorragies le 30.12.68 et 21.1.69.

521 ELHA ... Amina - Age 23 ans
IIe Pare et Geste

Césarienne itérative le 19.3 au terme de
8 mois ½. L'enfant, Daunia, pesait 3 180 g.
l'Apgar était à 10. Le placenta praevia était
latéral.

Antécédent : césarienne en 1967 à terme pour
fracture de ?

543 GEF ... Maryvonne - Age 18 ans
Ie Pare et Geste

Accouchement le 23.3 d'une fille, Chrystel,
pesant 3 400 g. L'Apgar était à 10. Terme 8 m ½
Placenta praevia marginal.
Métrorragies le 5.2 et 13.2. et 23.3.

602 HEN ... Colette - Age 24 ans
IIe Pare et Geste

Accouchement le 2.4. d'un garçon, Xavier, pe-
sant 2 780 g - Apgar à 10 - Terme 8 mois ½.
Placenta praevia marginal.
Hémorragies 2e, 6e et 8e mois -
Anémie foetale : G.R. : 2 600 000.

681 CAS ... Urbana - Age 38 ans
IIe Pare et Geste

Accouchement spontané le 16.4 terminé par une
manoeuvre de Simpson au terme de 5 mois, celui-
ci est en fait douteux.

Cette parturiente avait un hydraminos et un
placenta praevia recouvrant.

L'oestriol était bas et l'amnioscopie a révélé
un aspect "jus de viande".

Cet accouchement était très hémorragique ayant
nécessité 2 250 cc de sang iso-groupe - iso-
rhésus et la femme a eu un choc entraînant une
injection d'hémi-succinate d'hydrocortisone
(200 milligrammes) gluconate de calcium (2 am-

poules) Iniprol (3 millions) et de l'hémocaprol (2 ampoules) -

Révision utérine.

L'enfant de sexe masculin était mort, macéré pesant 1 200 g.

805 DYV .. Alberte - Age 26 ans

IIIe Pare - IVe Geste dont 2 fausses couches curetées.

Accouchement le 7.5 pour placenta praevia recouvrant au terme de 6 mois $1/4$.

L'enfant de sexe féminin pesait 1 620 g, macéré de 12 jours environ.

Le placenta était de couleur "chair à saucisse".

866 ZAO ... Zineb - Age 25 ans

IIIe Pare et Geste

Césarienne systématique le 13.5 pour placenta praevia central localisé à l'isotopie et présentation transversale au terme de 8 mois $1/2$.

L'enfant, Leila, pesait 2 640 g - Apgar à 10. Métrorragies à 2 mois $3/4$ et 7 mois $1/2$.

1032 FON ... Danielle - Age 24 ans

Ile Pare et Geste.

Accouchement le 8.6 d'une fille, Stéphane, pesant 2 760 g au terme de 8 mois $1/3$. Elle avait une circulaire du cordon. Apgar à 10.

Le placenta praevia était recouvrant et localisé à l'isotopie.

Hémorragies au début de la grossesse, à 7 mois $1/2$ et au début du travail.

1046 DEF ... Ginette - Age 24 ans

Ie Pare et Geste

Césarienne le 9.6 pour placenta praevia central et souffrance foetale au terme de 8 mois.

L'enfant, Thierry, pesait 2 460 g et était né en mort apparente. A été réanimé et transfusé (Globules rouges : 2 900 000).

L'électro-encéphalogramme concluait "à l'asymétrie entre les 2 hémisphères".

La mère a reçu 5 flacons de sang.

1715 MEG ... Paulette - Age 29 ans
IIe Pare et Geste

Césarienne itérative le 16.9 au terme de 6 mois 3/4.

L'enfant Bertrand pesait 1800 g - Apgar à 4 Réanimation - Apgar à 9.

- Métrorragies à 6 mois et 6 mois 3/4.
- Le placenta praevia était inséré bas à la face postérieure de l'utérus
- Traitement conservateur avec l'isoxsuprine.
- Antécédent : césarienne antérieure en 1963 pour dystocie foeto-pelvienne et présentation du siège.

1833 HOC ... Françoise - Age 36 ans
IIIe Pare et Geste

Déclenchement le 4.10 pour incompatibilité Rhésus à 8 mois 1/3 dont le taux d'agglutinines irrégulières était à 1/64 par du benzo-gynoestryl et de la post-hypophyse.

L'accouchement s'est terminé par la césarienne devant la procidence du cordon, la présentation transversale et les modifications des bruits du coeur foetal.

L'enfant Pascal pesait 2 800 g. L'apgar était à 8 à la naissance puis à 10 à la 5e minute et 10e minute.

Le placenta praevia était antérieur.

1911 DIS ... Madeleine - âge 33 ans

Ve Pare - VIe Geste dont une fausse couche curetée.

Accouchement le 15.10 au terme de 8 mois 2/3.

L'enfant, Georges, pesait 3 000 g. Apgar à 10. Le petit côté mesurait moins de 10 centimètres. Hémorragies à 8 mois ½ et 8 mois 2/3.

1917 LEC ... Madeleine - Age 26 ans

IIIe Pare - IVe Geste dont une fausse couche curetée.

Césarienne le 17.10 pour placenta praevia central au terme de 7 mois.

L'enfant, mort-née, de sexe féminin pesait 2 080 g.

La parturiente a reçu 7 flacons de sang.

2091 ROU ... Monique - Age 27 ans

IVe Pare, Ve Geste dont un forceps antérieur.

Accouchement le 14.11 au terme de 7 mois d'un garçon, Rodolphe, pesant 1 780 g, transfusé le 6e jour de sa naissance.

La parturiente a reçu de l'Isoxsuprine.

Le placenta praevia était latéral. Révision utérine. Pose d'une perfusion de Syntocinon pour procubitus du cordon qui a duré 1 h 50 minutes. Métrorragies le 3e et 7e mois.

2229 ETI ... Jeanne - Age 27 ans

IVe Pare et Geste

Accouchement le 4.12 d'une fille, Anne, pesant 1610 g avec une circulaire du cordon assez serré par un siège complet. Délivrance artificielle.

Le placenta praevia était marginal gauche.

2366 DAR ... Xaquerrière - Age 35 ans
Ie Pare et Geste

Accouchement le 25.11 au terme de 8 mois 1/3
d'un garçon, Daniel, pesant 2 620 g.

Apgar à 9 à la première minute puis 10 à la
5e et 10e minute.

Le placenta praevia était marginal.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-

